



**Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem de Reabilitação**

**Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa  
com Alterações da Mobilidade  
Decorrentes de AVC**

**Cinira Gonçalves dos Passos**

**2013**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



**Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem de Reabilitação**

**Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa  
com Alterações da Mobilidade  
Decorrentes de AVC**

**Cinira Gonçalves dos Passos**

**Relatório de Estágio orientado por:**

**Professor José Carlos dos Santos Pinto de Magalhães**

**2013**

“Seja a mudança que você quer ver no mundo”

Gandhi

---

## **AGRADECIMENTOS**

A todos os utentes que de algum modo participaram e contribuíram para este meu percurso de aprendizagem. Pela sua generosidade e pela partilha em momentos difíceis e de muita fragilidade. Por me aceitarem e confiarem sem reservas, de outro modo não teria sido possível.

Às instituições de saúde que me receberam durante o período de estágio e às respetivas equipas multidisciplinares, em especial às EEER Lúcia Ferreira, Sofia Dehanov e Maria da Luz Rodrigues responsáveis pela minha orientação.

Aos meus colegas de turma, tantas vezes companheiros nas dificuldades e nas conquistas. À Ana Paula Poulson Scala dos Santos e à Anabela Almeida pelo carinho e amizade constantes que ficarão para a vida.

Às minhas colegas de trabalho Susete Amaro, Dulce Rodrigues, Isabel Costa e Marta Lourenço, também elas Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, pelo exemplo e pela ajuda na concretização deste caminho.

À Professora Adelaide Pedreira Reina por ter iniciado comigo este projeto e pela preocupação em deixar-me bem orientada.

Um agradecimento especial ao Professor José Carlos dos Santos Pinto de Magalhães por ter assumido o papel de meu orientador, por me ter ajudado a superar inúmeras dificuldades e por me ter ajudado a dar o “passo” em frente quando estava perdida. E... sobretudo, pela sua amizade.

Ao Professor Luís Manuel Figueirôa por me ter acompanhado sempre neste caminho que nem sempre foi fácil, por me ter ajudado a “descontaminar” este percurso de formação e o meu percurso de vida.

Aos meus amigos e familiares, em especial à minha mãe, pelo apoio e incentivo contínuos e incondicionais.

---



## RESUMO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é das patologias com maior prevalência entre os idosos. É atualmente considerado uma das principais causas de morte e uma importante causa de internamento hospitalar e incapacidade, em Portugal e no mundo. As consequências do AVC incluem prejuízos físicos, cognitivos e psicológicos que se repercutem na qualidade de vida e bem-estar dos indivíduos. Entre as sequelas mais comuns, observadas nos indivíduos acometidos por AVC, destacam-se as relacionadas com a alteração da mobilidade. Estas apresentam um impacto significativo ao nível da funcionalidade e capacidade de desempenho da pessoa, nas suas Atividades de Vida Diária (AVD). São ainda apontadas como responsáveis pelo aumento do risco de quedas nestes indivíduos. A evidência científica diz-nos que a ocorrência de um AVC aumenta o risco de queda do indivíduo afetado, em todas as fases da doença. Todavia, está também demonstrado que a maioria das quedas em idosos está associada a fatores de risco identificáveis e modificáveis e que medidas preventivas direcionadas a esses fatores de risco se mostram eficazes. Os programas de prevenção de quedas mais eficazes implicaram a avaliação sistemática do risco de quedas, a maximização do potencial funcional do indivíduo e a sua capacitação para a prevenção de quedas.

É evidente a importância da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na prevenção de quedas na pessoa idosa com alterações da mobilidade decorrentes de AVC. Deste modo, foi desenvolvido um projeto subordinado ao tema: “Prevenção de quedas na pessoa idosa com alterações da mobilidade decorrentes de AVC” cujo objetivo principal foi o desenvolvimento de competências nesta área de intervenção. Este projeto foi concretizado durante um estágio de dezoito semanas em três diferentes contextos de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Palavras-chave: acidente vascular cerebral, prevenção de quedas, enfermagem de reabilitação, educação para a saúde.

---

## **ABSTRACT**

Stroke is one of the most prevalent diseases among the elderly. It is currently a major cause of death, hospitalization and disability, both in Portugal and in the rest of the world. The consequences of stroke may include physical, cognitive and psychological damage, with direct impact on the quality of life and well-being of the individuals. Among the most common impairments observed in stroke patients are mobility changes. These changes have a significant impact on the person's functionality and Activities of Daily Living performance. Are also identified as the main cause for the increased risk of falls in these individuals. Scientific evidence shows that the occurrence of a stroke increases the risk of falling for affected individuals, during all stages of the disease. However, it is also proven that most of elderly falls are related to detectable and modifiable risk factors and that preventive measures aimed at these factors are effective. The most successful fall prevention programs involved the systematized assessment of falls risk, the maximization of individual's functionality and his own training for fall prevention.

The Rehabilitation Nurse involvement is of obvious significance in falls prevention on elderly people with impaired mobility due to stroke. Following this, a project "Falls prevention in elderly people with impaired mobility due to stroke" was developed, whose main objective was the improvement of skills in this specific area. This project was accomplished during an eighteen weeks internship in three different contexts of rehabilitation nursing care.

Keywords: stroke, falls prevention, rehabilitation nursing, health education.

---

## ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| 1. INTRODUÇÃO.....  | 8  |
| 2. A PESSOA IDOSA COM AVC: PREVENÇÃO DE QUEDAS.....                         | 14 |
| 2.1 Consequências do AVC e o aumento do risco de quedas.....                | 14 |
| 2.2 O processo de reabilitação da pessoa com AVC: prevenção de quedas ..... | 19 |
| 3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DA AQUISIÇÃO DE<br>COMPETÊNCIAS ..... | 24 |
| 4. CONCLUSÃO .....  | 72 |
| BIBLIOGRAFIA .....  | 76 |

### APÊNDICES

APÊNDICE I – Projeto de Formação

APÊNDICE II – Locais de Estágio

APÊNDICE III – Cronograma de Estágio

APÊNDICE IV – Plano de Atividades

APÊNDICE V – Plano de Cuidados

APÊNDICE VI – Guião de Entrevista

APÊNDICE VII – Apresentação do Projeto de Formação

APÊNDICE VIII – Formação realizada na ECCI

## LISTA DE SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividade de Vida Diária

CATR – Ciclo Ativo das Técnicas Respiratórias

CER – Centro Especializado em Reabilitação

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPAP – *Continuous Positive Airway Pressure*

DGS – Direção-Geral da Saúde

DRHC – Departamento de Reabilitação de um Hospital Central

DVC – Doença Vascular Cerebral

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ELA – Esclerose Lateral Amiotrófica

ESO – European Stroke Organization

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPPB – *Intermittent Positive Pressure Breathing*

MIF – Medida de Independência Funcional

MS – Ministério da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RFR – Reabilitação Funcional Respiratória

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SCC – Serviço de Cirurgia Cardiorácica

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCINT – Unidade de Cuidados Intermédios

---

## 1. INTRODUÇÃO

A frequência do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa insere-se no decorrer de um projeto de vida que se pretende de crescimento e aperfeiçoamento pessoal e profissional constantes. A opção pela formação, a este nível, nasce do objetivo maior que é o desenvolvimento de novas competências que me permitam melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, a cada dia.

O presente relatório de estágio surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório. A sua realização constitui o culminar de mais uma etapa neste processo de formação e pretende espelhar o percurso de aprendizagem e aquisição de competências na área da especialização em enfermagem de reabilitação, até aqui desenvolvido.

A elaboração e aplicação de um projeto de formação (Apêndice I), subordinado ao tema **“Prevenção de quedas na pessoa idosa com alterações da mobilidade decorrentes de AVC”**, nasce da análise e reflexão da prática quotidiana de cuidados a esta população e da necessidade de desenvolvimento de uma intervenção dirigida que permita a melhoria da qualidade de vida destes utentes.

O envelhecimento demográfico mundial verificado no último século, consequência da diminuição das taxas de natalidade e de mortalidade, é um facto. Em quase todos os países, a proporção de pessoas idosas está a crescer mais rapidamente do que qualquer outro grupo populacional.

Segundo a OMS (2012), a população europeia está a envelhecer rapidamente sendo a idade média na Europa a mais elevada de todo o mundo. Prevê-se que a proporção de pessoas com 65 ou mais anos aumente de 14% em 2010 para 25% em 2050. Nas próximas décadas, todos os países da união europeia registarão um aumento da percentagem de pessoas idosas e uma redução significativa das pessoas jovens e das pessoas em idade ativa.

Em Portugal, a tendência de envelhecimento da população, observada nas últimas décadas, tem vindo a acentuar-se, verificando-se o aumento da população idosa que representava 18,2% da população, em 2010 (INE, 2012).

O aumento da esperança média de vida, consequência da evolução dos processos terapêuticos na área da saúde, do desenvolvimento de técnicas mais sofisticadas e de fármacos mais eficazes, assim como da melhoria das condições socioeconómicas, é hoje perspetivado como uma importante conquista das sociedades atuais. Contudo, o aumento significativo de pessoas com doenças crónicas, incapacidades e em situação de dependência, que decorre desta nova realidade, coloca-nos desafios significativos no que concerne à necessidade de criar respostas de saúde adequadas à crescente procura de cuidados por parte destas pessoas (PETRONILHO, 2007). A adaptação da sociedade de modo a maximizar a saúde e capacidade funcional das pessoas idosas tanto quanto a sua participação e segurança é uma necessidade (MS, 2004).

Não sendo, por si só, um problema mas parte natural do ciclo de vida do Homem, o envelhecimento traz-nos novas realidades para as quais é necessário estar preparado. O aumento da longevidade constitui um desafio imenso para a saúde e para a prestação de cuidados. Para a saúde, porque esta assume lugar de destaque enquanto recurso adaptativo essencial ao envelhecimento normal, e para a prestação de cuidados porque a ancianidade pressupõe um maior risco de doença/incapacidade ao qual está associada uma maior necessidade de cuidados (SEQUEIRA, 2010).

Deste modo, parece não haver dúvidas que as pessoas idosas constituem uma percentagem significativa e crescente da população mundial e que existe uma relação direta entre o avançar da idade e a suscetibilidade à doença e à incapacidade (SEQUEIRA, 2010; OMS, 2004).

O AVC é das patologias com maior prevalência entre os idosos. É considerada, em todo o mundo, como uma importante causa de mortalidade, internamento hospitalar e incapacidade (OLIVEIRA et al, 2011). Segundo Mackay e Mensah (2004), anualmente, 15 milhões de pessoas no mundo sofrem um AVC. Destas, 5 milhões morrem e outros 5 milhões ficam com incapacidades permanentes, com todas as implicações que estas situações comportam para a

pessoa, sua família e para a comunidade. Já em 2008, de acordo com a OMS, o AVC e outras doenças cerebrovasculares foram a segunda principal causa de morte no mundo, sendo responsáveis por 6,15 milhões de mortes, o equivalente a 10,8% de todas as mortes.

Na Europa, as projeções apontam para que a proporção de população com 65 ou mais anos, na qual ocorre a maioria dos AVC, deverá aumentar significativamente nas próximas décadas. Por outro lado, estima-se que a população europeia irá diminuir de 728 milhões em 2000 para 705 milhões em 2050, o que se traduzirá num aumento do rácio de dependência, com menos jovens a apoiar uma proporção crescente de idosos dependentes (TRUELSEN et al, 2006). Este será um tremendo desafio para as sociedades e sistemas de saúde.

Em Portugal, à semelhança de muitos países ocidentais, a Doença Vascular Cerebral (DVC), na qual se inclui o AVC, é a primeira causa de morte (DGS, 2010) e atingiu em 2009 os 31,9% de todos os óbitos observados (INE, 2012). A incidência do AVC está a diminuir em muitos países desenvolvidos, este facto deve-se fundamentalmente ao melhor controlo da hipertensão arterial e às políticas antitabágicas, todavia o número absoluto de pessoas com AVC continua a aumentar devido ao envelhecimento da população (MACKAY e MENSAH, 2004). Apesar da tendência decrescente que se tem vindo a verificar na mortalidade por DVC também no nosso país, Portugal é ainda o país da União Europeia com a taxa de mortalidade mais elevada para esta causa de morte.

O AVC é igualmente responsável por um elevado número de internamentos hospitalares e é ainda uma importante causa de incapacidade permanente. A incapacidade e complicações causadas pelo AVC variam e dependem da localização da lesão, da extensão do cérebro que é afetada e da condição de saúde prévia da pessoa (MARTINS, 2006). As consequências do AVC incluem prejuízos físicos, cognitivos e psicológicos que se repercutem na funcionalidade dos indivíduos e na sua qualidade de vida (PRIMO et al, 2012; BATCHELOR et al, 2010).

As quedas são uma complicação comum imediatamente após o AVC bem como durante toda a vida do utente após o mesmo. A investigação tem demonstrado

consistentemente a elevada ocorrência de quedas em indivíduos com antecedentes de AVC (WEERDENSTEIN et al, 2008).

As quedas não fazem parte do processo natural de envelhecimento, nem podem ser atribuídas diretamente a este, contudo está descrito que com o avançar da idade aumenta também o risco de queda e das lesões subsequentes (RUBENSTEIN, 2006; OMS, 2004). Segundo a OMS (2007), entre 28 e 35% das pessoas com 65 ou mais anos sofrem quedas a cada ano. Estas percentagens aumentam para entre 32 e 42% se considerarmos os idosos com mais de 70 anos. Parece ainda haver relação entre a frequência das quedas, o aumento da idade e o grau de debilidade da pessoa (OMS, 2007). Ainda de acordo com a OMS (2007) os idosos que vivem em instituições caem mais que os idosos que vivem na comunidade, sendo que entre 30 e 50% dos idosos que vivem em instituições de cuidados de longa duração caem em cada ano e 40% destes sofrem quedas recorrentes.

A ocorrência de quedas é considerada um problema de saúde pública, não só pelas consequências que daí advêm para a pessoa idosa mas também pelo impacto que têm ao nível socioeconómico. As quedas são o acidente doméstico mais grave e frequente entre os idosos, requerendo, em muitas situações, assistência médica. São a causa subjacente de 10% a 15% de todas as consultas nos serviços de emergência e uma das principais razões para a admissão no hospital, sendo responsáveis por mais de 50% das hospitalizações, relacionadas com ferimentos, ocorridas entre as pessoas com mais de 65 anos de idade (OMS, 2007, 2004). As principais causas de hospitalização por lesões decorrentes de quedas são: a fratura do colo do fémur, o traumatismo crânio encefálico e as lesões dos membros superiores (OMS, 2007).

De acordo com dados da OMS (2007), a duração dos internamentos por lesões decorrentes de quedas é variável, contudo é superior à duração dos internamentos relacionados com outros ferimentos e no caso das fraturas do colo do fémur, os internamentos estendem-se por períodos maiores. Com o envelhecimento e o aumento da fragilidade, os idosos têm probabilidade de ficar hospitalizados, após uma lesão causada por uma queda, para o resto da sua vida. Após as quedas, 20% morrem no período de um ano depois da fratura do colo do fémur. Adicionalmente,



as quedas podem também resultar em síndrome pós-queda, que inclui dependência, perda de autonomia, confusão, imobilização e depressão, que levarão a restrições ainda maiores nas atividades diárias (OMS, 2007).

Na minha prática diária, num serviço de Ortopedia e Traumatologia, são inúmeros e frequentes os internamentos de pessoas idosas por fraturas associadas a quedas. Embora não tenha encontrado dados estatísticos relativos ao número de idosos que são internados por fratura, na sequência de queda relacionada com alterações da mobilidade decorrente de AVC, é convicção dos peritos e Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER) do serviço, que este número tem vindo a aumentar, havendo a necessidade de direcionar os cuidados de enfermagem de reabilitação a esta realidade.

Assim, e considerando os dados demográficos e epidemiológicos acima referidos, podemos dizer que a prevenção de quedas na pessoa idosa com alterações da mobilidade decorrentes de AVC se assume, no nosso contexto, como uma problemática de relevância para a prática de cuidados.

A continuidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa acometida por AVC é essencial e deve ser uma realidade, independentemente do contexto em que esta se encontre. Deste modo, o desenvolvimento de estratégias e intervenções que permitam, à pessoa com alterações da mobilidade decorrentes de AVC, prevenir a ocorrência de quedas e as lesões subsequentes, deve também ser uma preocupação do EEER, tornando-se fundamental que este desenvolva conhecimentos e competências nesta área específica da reabilitação.

Foi com base nestes pressupostos e procurando dar resposta a esta realidade atual e inquietação pessoal que desenvolvi o meu projeto de formação subordinado ao tema: **“Prevenção de quedas na pessoa idosa com alterações da mobilidade decorrentes de AVC”**, tendo como finalidade a aquisição de conhecimentos que me permitam, futuramente, intervir ao nível da prevenção de quedas e das incapacidades subsequentes na pessoa idosa com alterações da mobilidade decorrentes de AVC. Para tal, defini como objetivos gerais: **Desenvolver competências na área da enfermagem de reabilitação e prestar cuidados especializados à pessoa com alterações da mobilidade decorrentes de AVC; e**

**Promover a autonomia da pessoa idosa com alterações da mobilidade decorrentes de AVC.**

Estruturalmente, este relatório está dividido em quatro capítulos. Inicia-se com a presente introdução onde são referidas as razões e inquietações que me levaram à escolha da temática, assim como os objetivos delineados. No segundo capítulo, é apresentado o enquadramento teórico que se baseia no pensamento teórico de Meleis e onde são abordados os conceitos fundamentais à compreensão da problemática. No terceiro capítulo são, descritas e analisadas as atividades desenvolvidas no âmbito da aquisição de competências durante o estágio. E, por fim, na conclusão, são realizadas algumas considerações finais.

## **2. A PESSOA IDOSA COM AVC: PREVENÇÃO DE QUEDAS**

### **2.1 Consequências do AVC e o aumento do risco de quedas**

O AVC é definido como uma doença neurológica de instalação súbita e progressão rápida, caracterizada por sintomas e sinais focais devidos a perda de função cerebral de causa vascular (CARVALHO, 2009; FERRO, 2006). Este “ocorre quando parte do cérebro é subitamente danificada ou destruída, devido a uma interrupção, ou bloqueio da irrigação sanguínea” (MARTINS, 2006, p.11).

O AVC é a principal causa de morte em Portugal e uma importante causa de incapacidade e dependência nas pessoas idosas. O seu prognóstico tem evoluído favoravelmente, muito por conta dos avanços médicos que possibilitam a sobrevivência a lesões que no passado seriam fatais. No entanto, esta sobrevida faz-se acompanhar de sequelas que usualmente dificultam o quotidiano das pessoas afetadas. Como afirma Ventura (2000, p.17)

“ (...) o acidente vascular cerebral é uma patologia do foro neurológico em que a maioria das pessoas afectadas sobrevive com vários graus de incapacidade o que representa um desafio em termos de reabilitação, se considerarmos os problemas motores, sensoriais e cognitivos que estes doentes podem apresentar.”

Martins (2006) reforça esta ideia referindo que muitas das pessoas que sobrevivem a um AVC experienciam um longo processo de recuperação e adaptação às novas circunstâncias.

Segundo Branco e Santos (2010) as consequências do AVC que conduzem a deficiências, incapacidades e desvantagens prendem-se fundamentalmente com alterações motoras, alterações da função sensorial, alterações da função perceptiva, alterações do comportamento, dificuldade na alimentação e alterações da eliminação. De todas as alterações provocadas pelo AVC, sobressaem as alterações motoras, por um lado, porque são as mais expressivas visualmente e mais vulgarmente difundidas, e por outro, pelo impacto que têm sobre a capacidade de desempenho das atividades de vida diária (AVD) da pessoa. Contudo, para além das inúmeras alterações da função física características do AVC, podem ainda ocorrer reações emocionais e comportamentais que, pelo seu impacto devastador, predis põem a pessoa a graves riscos de saúde e bem-estar. Segundo Martins

(2006, p.26) “a grande maioria dos sujeitos vê a sua actividade social drasticamente alterada e reduzida após AVC.”

De acordo com dados da ESO (2012), duas semanas após a ocorrência de um AVC, 60% das pessoas necessitam de algum grau de assistência na atividade diária. Os défices são frequentes sendo que: 70-80% dos indivíduos têm hemiparesia, 70-80% tem problemas de locomoção, 60-75% défices de percepção visual, 55% disartria, 40% depressão, 20-35% afasia, 15-35% disfagia e 10-20% alterações da memória recente.

Entre as sequelas mais comuns, observadas nos indivíduos acometidos por AVC, destacam-se as relacionadas com a alteração da mobilidade, muitas vezes, responsáveis pelo aumento do risco de quedas nestas pessoas (OLIVEIRA et al, 2011).

As quedas são definidas pela OMS (2007) como o deslocamento inadvertido do corpo para o chão ou para um nível inferior à sua posição inicial, excluindo as mudanças de posição intencionais para apoio em móveis, paredes ou outros objetos. Estas acontecem por incapacidade de correção da trajetória do corpo, em tempo útil, e são determinadas por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade postural.

Existem fatores considerados determinantes para o aumento do risco de quedas. A OMS (2007) organiza estes fatores em quatro categorias diferentes: fatores de risco biológicos, comportamentais, ambientais e socioeconómicos. Os **fatores de risco biológicos** compreendem as características particulares dos indivíduos, como a idade, o género ou a raça, e o seu estado de saúde e bem-estar, podendo ser considerados fatores de risco biológico: o declínio das capacidades físicas, cognitivas e afetivas associadas ao envelhecimento e as comorbilidades relacionadas com as doenças crónicas (e.g. osteoporose, doença de Parkinson, AVC). Os **fatores de risco comportamentais** incluem aqueles relacionados com a ação humana, as emoções e as escolhas diárias, como são: a ingestão de medicação múltipla, o consumo excessivo de álcool, o sedentarismo, e o uso de calçado inadequado. São **fatores de risco ambientais**, os relacionados com as condições físicas do meio envolvente onde ocorrem as interações, tais como os perigos domésticos (e.g. tapetes, obstáculos à passagem, etc.) e as características

perigosas do ambiente público (e.g. iluminação insuficiente, passeios estreitos e irregulares, etc.). Os **fatores de risco socioeconómicos** são aqueles que se relacionam com as condições sociais e com o estatuto económico dos indivíduos assim como com a capacidade que a comunidade tem para os enfrentar. Incluem: os baixos recursos financeiros, a baixa escolaridade, o isolamento, o acesso limitado à saúde e/ou à assistência social (OMS, 2007).

Os fatores de risco de quedas podem ainda ser classificados como fatores de risco modificáveis, aqueles que potencialmente podem ser alterados, ou fatores de risco não-modificáveis, aqueles que sendo intrínsecos à pessoa, não podem ser alterados.

De um modo geral, as quedas não resultam da presença de um fator de risco isoladamente mas da convergência e interação de vários fatores de risco em simultâneo. Segundo a OMS (2007), existe evidência de que a maioria das quedas entre as pessoas idosas está associada a fatores de risco identificáveis e modificáveis e de que medidas preventivas adequadamente direcionadas se mostram eficazes. A maioria das quedas em idosos e das lesões subsequentes resultam da combinação de fatores como a idade, a condição de saúde/doença e a interação do indivíduo com o seu ambiente social e físico (RUBENSTEIN, 2006).

As consequências de uma queda, por si só, podem ser devastadoras e representam uma grande ameaça à independência e capacidade funcional das pessoas idosas. A disfunção no equilíbrio, a perda de confiança na capacidade de mobilidade e a perda de autonomia na realização das AVD, constituem um risco acrescido para novas quedas. No caso das pessoas idosas com alterações da mobilidade decorrentes de AVC, as quedas representam, muitas vezes, a perda das capacidades e independência que restavam após o AVC.

A procura de evidência científica nesta área tem vindo a crescer nos últimos anos, o que revela a atualidade e pertinência desta temática assim como a importância e o interesse que tem vindo a tomar no contexto atual.

Segundo Weerdesteyn et al (2008), os indivíduos acometidos por AVC têm um risco acrescido de quedas em todas as fases pós AVC. As quedas são uma preocupação pelas consequências importantes que podem ter tanto física como psicologicamente. Os indivíduos com história de AVC têm também um risco

acrescido de sofrerem fraturas da anca, por um lado devido ao aumento do número de quedas a que estão expostos e por outro, devido ao facto de apresentarem perda de densidade óssea, uma complicação comum do AVC, a longo prazo. Mais ainda, os indivíduos com antecedentes de AVC, não só apresentam um maior risco de fratura da anca como também de sofrerem consequências mais severas na sua sequência. Após uma fratura da anca, apenas 38% destas pessoas recuperam a independência em termos de mobilidade, contrastando com os 69% da população em geral. Também as taxas de mortalidade duplicam nos três meses após o tratamento cirúrgico destas fraturas em indivíduos com antecedentes de AVC (WEERDESTEYN et al, 2008).

Embora as consequências físicas das quedas sejam aquelas que usualmente despertam a atenção, as consequências psicológicas das quedas podem ser igualmente significativas. Weerdesteyn et al (2008) referem que, dos indivíduos com antecedentes de AVC que sofreram quedas, muitos desenvolveram medo de cair. Este medo de cair está relacionado com défices do equilíbrio e da marcha e motiva a diminuição da atividade física e social. Este impacto psicológico e social pode ter repercussões importantes ao nível da reabilitação, na medida em que quando a pessoa cai ou tem medo de cair tende a diminuir a sua atividade/mobilidade o que condiciona um maior isolamento social e favorece o aparecimento de complicações e comorbilidades relacionadas com a imobilidade. Este ciclo vicioso pode ter como consequências um aumento das hospitalizações, da dependência, uma diminuição da qualidade de vida da pessoa e, em última análise, a sua morte, constituindo uma preocupação adicional também para os cuidadores da pessoa que sofreu a queda.

Czernuszenko e Czlonkowska (2009) concluíram, com o seu estudo, que os utentes com graves incapacidades decorrentes de AVC recente estavam mais propensos a quedas durante a reabilitação. A presença de alterações da perceção visual e espacial constituiu fator de aumento do risco de quedas, e a ocorrência de uma queda durante a reabilitação e ter idade superior a 65 anos foram identificados como fatores de risco para a ocorrência de múltiplas quedas.

Também Simpson, Miller e Eng (2011) concluíram através do seu estudo que a ocorrência de AVC recente é um importante fator de risco de quedas. Segundo os autores, as pessoas que recentemente tiveram alta de unidades de reabilitação de

AVC para casa têm um maior risco de sofrer quedas em suas casas que os indivíduos que não sofreram AVC. Estes achados sublinham a importância da avaliação das habitações, da educação sobre segurança em casa e sobre a modificação ambiental como parte do planeamento da alta. Neste estudo, a variável equilíbrio foi identificada como preditor de quedas entre os indivíduos com e sem história de AVC. Relativamente à variável mobilidade, a utilização de uma escala (Timed Up and Go Test – TUG) permitiu perceber que melhorar a mobilidade pode aumentar a exposição dos indivíduos a oportunidades de queda. Este achado é explicado pelos autores do estudo com o facto de uma maior mobilidade estar relacionada com uma maior exposição dos indivíduos a oportunidades de queda (SIMPSON, MILLER e ENG, 2011). Czernuszenko e Czlonkowska (2009) observaram uma situação semelhante em que o risco de quedas aumentou com o aumento da eficiência da reabilitação. No seu estudo foi ainda encontrada uma associação positiva entre a resposta à reabilitação e o aumento do risco de quedas. Os utentes com maior ganho funcional estavam mais propensos a cair.

Campbell e Matthews (2010) na sua revisão da literatura, cujo objetivo era identificar os fatores de risco de quedas em pessoas em reabilitação pós AVC, referem que a evidência disponível aponta o compromisso do equilíbrio, da perceção e do desempenho nas AVD como fatores de risco de queda durante a reabilitação pós AVC, em internamento. Para estes autores, a ocorrência de quedas entre os sobreviventes de AVC, em processo de reabilitação, é uma realidade conhecida por todos, assim como as consequências devastadoras que essas quedas podem ter. Identificar os indivíduos com AVC mais suscetíveis a cair é essencial à orientação de medidas preventivas adequadas, particularmente num ambiente de inerente alto risco como são as unidades de reabilitação. Prevenir as quedas é crucial e identificar os fatores de risco de queda durante o período de reabilitação pós AVC irá permitir aos profissionais direcionar melhor os esforços de prevenção com as pessoas e suas famílias (CAMPBELL e MATTHEWS, 2010).

De igual modo, um estudo exploratório realizado, por enfermeiras, em unidades de reabilitação no Brasil, cujo objetivo era identificar a ocorrência do diagnóstico “risco de quedas” em indivíduos idosos acometidos por AVC, concluiu que este diagnóstico esteve presente na totalidade dos 73 participantes (COSTA et al, 2010). De acordo com as autoras, os fatores de risco mais observados foram:

força diminuída nas extremidades inferiores, mobilidade física prejudicada, dificuldades na marcha e equilíbrio prejudicado. Costa et al (2010) consideram a avaliação do risco de quedas imprescindível para a adequação das intervenções de enfermagem preventivas uma vez que acreditam que os diagnósticos de enfermagem constituem o foco dos cuidados do enfermeiro.

## **2.2 O processo de reabilitação da pessoa com AVC: prevenção de quedas**

O EEER tem o conhecimento e as competências que lhe permitem tomar decisões e intervir no que se refere à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença e suas complicações, e reabilitação da pessoa com vista à maximização do seu potencial (OE, 2010b).

Segundo a OE (2010b, p.1),

“a sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e as acções preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas actividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (...)”.

A intervenção do EEER reveste-se de crucial importância e visa potenciar a recuperação e reintegração do indivíduo através da sua adaptação à nova realidade e da diminuição do impacto causado pela deficiência, incapacidades e desvantagens. (BRANCO e SANTOS, 2010; CARVALHINHO e PONTES, 2009).

Aprile et al (2008) concluem, no seu estudo, cujo objetivo foi avaliar o efeito da reabilitação na qualidade de vida de utentes com AVC, que a reabilitação destes utentes diminui a incapacidade e melhora as funções física e social. Concluem ainda que os ciclos repetidos de reabilitação são necessários à manutenção dos ganhos alcançados.

Para Carvalhinho e Pontes (2009) a reabilitação é um processo que só termina quando a pessoa se torna autónoma e independente no seu meio ambiente. Estas autoras referem ainda que a reabilitação depende da continuidade dos cuidados e da interação entre a equipa de saúde e o utente. Sendo um processo



singular e individual, a reabilitação pós AVC, está ainda dependente de fatores, tais como: o grau de recuperação neurológica, a prevenção de complicações, a capacidade individual de aprender novas habilidades, e a motivação da pessoa, entre outras.

Segundo a DGS (2010, p.68), após a estabilização do AVC “(...) a promoção de actividade física, adaptada às capacidades e limitações do paciente, tem um papel significativo quer em termos de qualidade de vida, quer na diminuição das complicações associadas às sequelas do AVC.”

A revisão da literatura que realizei sugere que a prevenção de quedas na pessoa idosa com alterações da mobilidade decorrentes de AVC deverá implicar por um lado a maximização do seu potencial funcional e por outro a sua capacitação para a prevenção de quedas. De seguida passarei a enumerar algumas das intervenções que a literatura científica considera serem eficazes no processo de prevenção de quedas na pessoa idosa com alterações da mobilidade.

Os estudos revelam que é imperiosa a necessidade de compreender melhor os mecanismos de ação que levam às quedas em idosos, e especificamente em idosos com alterações da mobilidade decorrentes de AVC, para que a prevenção seja uma realidade.

Rubenstein (2006) refere que as quedas estão associadas a fatores de risco identificáveis e que, de acordo com dados da investigação, a identificação e minoração desses fatores de risco pode diminuir significativamente o número de quedas. Considera ainda que os programas de prevenção de quedas mais eficazes implicaram a avaliação sistemática do risco de quedas e a implementação de intervenções específicas e direcionadas, de programas sistemáticos de exercício e de programas de avaliação e promoção de um ambiente seguro.

Os défices no equilíbrio e na marcha foram enunciados por Simpson, Miller e Eng (2011), Costa et al (2010) e Weerdesteyn et al (2008) como fatores determinantes do risco de quedas. A evidência mostra que os programas de exercício específicos e direcionados para os défices do equilíbrio e da marcha podem, de facto, ter sucesso e reduzir o número de quedas nas pessoas com antecedentes de AVC (WEERDESTEYN et al, 2008). Primo et al (2012) consideram também que a melhoria do equilíbrio do utente com AVC terá como consequência

uma melhoria nas atividades funcionais necessárias para a realização das AVD. Para isso são necessários programas de reabilitação que visem o fortalecimento muscular e o treino dessas atividades funcionais.

Simpson, Miller e Eng (2011) sublinham ainda a importância da avaliação das condições da habitação e da educação para um ambiente doméstico seguro como parte importante do planeamento da alta da pessoa com AVC. Costa et al (2010) referem, no seu estudo, que podem ser implementadas medidas práticas para minimizar a ocorrência de quedas e as suas consequências nocivas nas pessoas idosas, tais como: a educação para o autocuidado, a utilização correta de dispositivos auxiliares de marcha adequados à pessoa, a utilização criteriosa dos medicamentos, e a adaptação do ambiente em que a pessoa idosa vive. A criação de um ambiente seguro, muitas vezes, não implica grandes gastos ou mudanças radicais no âmbito familiar e pode ter grandes repercussões na autonomia e melhoria da qualidade de vida do idoso com alterações da mobilidade decorrentes de AVC.

A definição de um referencial teórico é importante para o desenvolvimento de um projeto na área da enfermagem. O referencial teórico permite o enquadramento da temática do projeto e a mobilização de contributos que justificam a sua pertinência para a profissão/disciplina de enfermagem assim como as opções e ações do enfermeiro.

Qualquer situação que implique mudança na vida de um indivíduo, seja ela previsível como o casamento, o nascimento de um filho ou a reforma, ou imprevisível como uma doença súbita, a morte de um familiar ou uma catástrofe natural, implicam que o indivíduo mobilize os recursos de suporte que lhe estejam disponíveis a fim de se reorganizar e readaptar. Este processo de passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro foi definido por Meleis (2010) como transição. De acordo com esta autora, as pessoas vivenciam, ao longo do seu ciclo de vida, um sem número de transições que podem ocorrer de forma sequencial ou em simultâneo.

Segundo Meleis (2010) as alterações na saúde/doença dos indivíduos, criam processos de transição, e clientes em transição tendem a estar mais vulneráveis aos

riscos que podem afetar a sua saúde. Conhecer esses riscos pode ser importante e conseguido através da compreensão, pelo enfermeiro, dos processos de transição.

Meleis (1997), citada por Petronilho (2007, p.31), refere que os processos de transição envolvem mudanças “(...) na condição de saúde, nas relações, nas expectativas e habilidades, requerendo por isso, que as pessoas incorporem novos conhecimentos, modifiquem comportamentos, portanto, alterem a definição do *self*, num novo contexto social.”

Para ultrapassar com sucesso a transição saúde/doença em que se encontra, a pessoa idosa com alterações da mobilidade decorrentes de AVC e a sua família, necessitam de adquirir conhecimentos e habilidades que lhes permitam, entre outras situações, prevenir a ocorrência de quedas. O EEER encontra-se numa posição privilegiada que lhe permite a oportunidade de “(...) entender o próprio processo de transição e implementar intervenções que prestem ajuda efectiva às pessoas com vista a proporcionar estabilidade e sensação de bem-estar.” (PETRONILHO, 2007).

Assim e de acordo com o pensamento de Meleis (2010) à disciplina de enfermagem cabe o papel único de facilitar os processos de transição promovendo o bem-estar da pessoa e prevenindo os processos de transição insalubres.

Como refere Hesbeen (2003, p.76) “o prestador de cuidados tem por missão tentar ajudar a pessoa a criar uma maneira de viver portadora de sentido para ela e que seja compatível com a situação em que esta se encontra, seja qual for o estado do seu corpo ou a natureza da sua afecção.”

Capacitar a pessoa para a autonomia na gestão da sua própria doença deve ser, sempre que possível, o objetivo do EEER, trata-se de acompanhar a pessoa na construção do seu próprio caminho e não de obrigá-la a percorrer o nosso caminho ou o caminho que traçámos para ela (HESBEEN, 2003).

Segundo a OMS (2002), o conceito de autonomia refere-se à capacidade percebida para controlar, lidar com as situações e tomar decisões pessoais relativas ao quotidiano, de acordo com as próprias regras e preferências. Ou seja, a autonomia está estreitamente relacionada com a capacidade que cada um tem para cuidar de si próprio e realizar as suas próprias escolhas. Contudo, será importante salvaguardar que, autonomia e independência são termos complementares mas não

sinónimos, sendo que a autonomia está relacionada com a capacidade da pessoa gerir a sua vida, enquanto a independência se relaciona com a capacidade de desempenho de atividades de vida diária e de autocuidado (SEQUEIRA, 2010).

As alterações da mobilidade decorrentes de AVC limitam a capacidade da pessoa se movimentar e interagir livremente com o seu meio podendo interferir com a sua independência e até condicionar a sua autonomia. Segundo a CIPE versão 1.0, as funções da mobilidade incluem a expressão de emoções, a autodefesa, a satisfação das necessidades básicas, recreativas e AVD (OE, 2005). Segundo Roper, Logan e Tierney (2001) "a AVD mobilizar-se é frequentemente a primeira afectada e dado que os movimentos são necessários para desempenhar a maioria das outras actividades, isso resultará em perda da independência (...) " (p.102-103).

A atividade de vida mobilidade está intimamente relacionada com a maior parte das outras atividades de vida e é-nos de tal forma intrínseca que o seu comprometimento ou ausência podem resultar em perturbações de ordem física, psicológica e social. Perante uma alteração na mobilidade, é de extrema pertinência uma avaliação inicial onde seja efetuada uma recolha de informação acerca do padrão normal de mobilidade da pessoa, tendo em vista a realização de um plano de intervenção individualizado.

As pessoas com AVC apresentam frequentemente alterações da mobilidade e estas repercutem-se numa grande variedade de dificuldades que podem envolver muitas das outras AVD, tais como, a higiene e conforto e o vestir e despir. Sempre que a mobilidade se encontra comprometida, e como afirmam Roper, Logan e Tierney (2001), surgem também alterações emocionais pela perda de liberdade, de independência e da dignidade pessoal. Compete ao enfermeiro ajudar a pessoa a reestruturar a sua imagem pessoal restituindo-lhe dignidade, sendo fundamental o apoio e encorajamento à família.

### 3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A Ordem dos Enfermeiros considera que “especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem (...) que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (OE, 2010a, p.2). Este profissional possui um conjunto de “conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica, que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção.” (OE, 2009, p. 10). Deste modo, o EEER

“concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial funcional da pessoa.” (OE, 2010b, p.1).

Podemos então afirmar que são as competências (os conhecimentos e a ação) do enfermeiro especialista que o identificam e distinguem do enfermeiro generalista e que, na prática, o diferenciam como enfermeiro perito na sua área específica de intervenção. Para Benner (2001), o enfermeiro perito é aquele que “(...) tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis. (...) Age a partir de uma compreensão profunda da situação global” (p.58).

Assim, e considerando que é em contexto clínico que as competências se adquirem e consolidam, o futuro EEER deve procurar desenvolver, no decorrer da sua formação, atividades que lhe proporcionem e favoreçam a sua aquisição. Toda a intervenção do EEER deve estar imbuída de intenção e significado, para tal, é necessário o domínio específico da enfermagem de reabilitação no planeamento de atividades que vão de encontro aos objetivos definidos. Foi com esta perspetiva e com o objetivo de desenvolver competências enquanto futura EEER que desenvolvi o meu projeto de formação e realizei o estágio.

Com o desenvolvimento do projeto de formação subordinado ao tema **“Prevenção de quedas na pessoa idosa com alterações da mobilidade decorrentes de AVC”** surgiu a necessidade de compreender o processo de reabilitação e a intervenção do EEER à pessoa com AVC ao longo de todo o percurso de doença, desde o acontecimento AVC até à fase de sequelas. Defini como objetivos gerais: **Desenvolver competências na área da enfermagem de reabilitação e prestar cuidados especializados à pessoa com alterações da mobilidade decorrentes de AVC e Promover a autonomia da pessoa idosa com alterações da mobilidade decorrentes de AVC.** O percurso a realizar para alcançar estes objetivos foi planeado de modo a permitir a incursão em diferentes contextos de cuidados que me permitissem obter uma visão abrangente da prestação de cuidados à pessoa com AVC nas diferentes fases da doença.

Optei por realizar o estágio em três locais com características bastante distintas (Apêndice II) de modo a obter uma experiência rica e determinante para a aquisição das competências preconizadas, pela Ordem dos Enfermeiros, para o EEER. O estágio teve a duração de dezoito semanas tendo decorrido entre 1 de Outubro de 2012 e 15 de Fevereiro de 2013 (Apêndice III). Iniciei o meu percurso no Departamento de Reabilitação de um Hospital Central (DRHC) onde permaneci quatro semanas, no período de 01/10/2012 a 26/10/2012, e realizei a vertente do meu estágio relacionada com a aquisição de competências na área da enfermagem de reabilitação respiratória. Seguidamente e por sete semanas, no período de 29/10/2012 e 14/12/2012, realizei estágio num Centro Especializado em Reabilitação (CER) onde desenvolvi competências sobretudo na área da enfermagem de reabilitação neurológica e motora. Por fim, entre 17/12/2012 e 15/02/2013, por um período de sete semanas, o meu estágio decorreu em contexto de cuidados de saúde primários, onde estive integrada numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e onde desenvolvi a minha intervenção participando ativamente nas visitas domiciliárias. Este estágio permitiu-me uma aproximação à realidade quotidiana dos utentes no seu ambiente familiar e a avaliação das suas principais dificuldades e necessidades aquando do regresso a casa.

Para cada um dos contextos referidos foi definido um plano de atividades com objetivos gerais e específicos, atividades a desenvolver, recursos a utilizar e critérios de avaliação. Estes planos de atividades (Apêndice IV) funcionaram como

orientadores da minha prática e da avaliação do percurso de aquisição de competências. De igual forma a realização de planos de cuidados individualizados (Apêndice V), de reflexões escritas e de reuniões informais com as orientadoras em estágio e com o professor orientador, contribuíram para o desenvolvimento de competências e para o repensar da minha prática diária.

Neste capítulo serão descritas, analisadas e avaliadas as atividades desenvolvidas ao longo do período de estágio, assim como a capacidade de mobilização do conhecimento científico e específico da enfermagem de reabilitação e os resultados obtidos com as estratégias adotadas.

### **Objetivos específicos:**

- 1 – Desenvolver uma prática profissional responsável e ética na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação;
- 2 – Promover um ambiente seguro e centrado na pessoa, que favoreça uma relação terapêutica e de confiança baseada na responsabilidade profissional ética e legal;
- 3 – Gerir os cuidados de enfermagem de reabilitação, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação da equipa multiprofissional.

### **Competências adquiridas:**

- A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.
- A2 – Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.
- B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro.
- C 1.1 – Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.
- D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

Os processos de integração, nos diferentes locais de estágio, permitiram-me compreender a dinâmica funcional dos serviços, a metodologia de trabalho das diferentes equipas e, em particular o papel do EEER em cada contexto. Foram ainda essenciais para a aceitação da minha intervenção pelas equipas, e para o meu envolvimento no planeamento e na prestação de cuidados.

De forma a facilitar e simplificar os processos de integração foram desenvolvidas algumas atividades com vista à sua preparação, que de seguida passarei a descrever. Foi elaborado um guião de entrevista (Apêndice VI), que teve como principais objetivos: identificar algumas características da população alvo de cuidados (e.g. média de idade dos utentes, tipo de patologia mais frequente, etc.) e conhecer algumas especificidades relativas à organização/gestão de cada serviço (e.g. lotação do serviço, número de EEER, etc.). As visitas aos diferentes locais de estágio decorreram semanas antes do seu início e permitiram-me recolher alguma informação que se demonstrou útil na preparação e no decorrer do mesmo.

Num primeiro momento, e em cada contexto, houve a preocupação de, através da observação, compreender a dinâmica de funcionamento do serviço e da equipa. A consulta de manuais, normas e protocolos (e.g. guias de colheita de dados, escalas de avaliação e os respetivos protocolos de atuação, etc.) foi comum nos vários contextos, tendo-se mostrado também uma importante ferramenta para a integração nas várias equipas de prestação de cuidados e para a resolução de situações da prática clínica diária.

Um fator importante para o sucesso da integração nas equipas foi a articulação com os seus diferentes elementos e o respeito pela intervenção de cada profissional. A participação nas reuniões de equipa, a colaboração nos processos de cuidados e na tomada de decisão das equipas multidisciplinares foram fundamentais para a minha inclusão e reconhecimento como elemento válido, capaz de disponibilizar assessoria à equipa, no âmbito da enfermagem de reabilitação. Por outro lado, a realização de uma gestão de cuidados responsável e que otimizasse a resposta da equipa de saúde exigiu, em muitas situações, o reconhecimento das limitações da minha intervenção e a referenciação dos utentes a outros profissionais de saúde. O trabalho em equipa e a colaboração interprofissional foram uma constante ao longo do estágio e uma mais-valia que, sem dúvida, potenciou a intervenção de cada profissional no processo de reabilitação. A participação nos programas de melhoria contínua implementados nos serviços (e.g. prevenção e monitorização de quedas e prevenção de úlceras de pressão) foi igualmente favorecedora da minha integração nas equipas e na dinâmica dos serviços.



A apresentação do projeto de formação (Apêndice VII) às diferentes orientadoras mostrou-se determinante para o estabelecimento de uma relação de parceria, que potenciou a concretização das atividades programadas e de outras que, ao longo do estágio, se foram mostrando pertinentes. As reuniões com as enfermeiras orientadoras e, em algumas situações, com as enfermeiras chefes de serviço permitiram-me identificar algumas necessidades formativas e conduzir as pesquisas científicas para as áreas identificadas como prioritárias.

A preocupação em desenvolver uma prática profissional íntegra agindo com responsabilidade e de acordo com princípios éticos e deontológicos, respeitando a pessoa nos seus direitos, crenças, valores, interesses e costumes foi uma constante ao longo deste estágio. A procura de um ambiente seguro e centrado na pessoa que favorecesse a efetividade terapêutica e a prevenção de incidentes assumiu especial relevo através do envolvimento do utente e família em todo processo de cuidados por forma a assegurar a satisfação das suas necessidades.

As intervenções de enfermagem de reabilitação com vista à resolução de problemas foram desenvolvidas e discutidas em parceria com o utente e família alvo dessa intervenção. Os objetivos definidos procuraram ser realistas tendo em consideração a pessoa, as suas necessidades e dificuldades e o tempo previsto de internamento ou de intervenção. Ainda assim, em algumas circunstâncias as expectativas dos utentes e seus familiares foram diferentes e, por vezes, superiores às da equipa de profissionais. Estas situações são um desafio à capacidade de gestão do EEER e merecem toda a sua atenção. Será portanto desejável que o utente e a família conheçam os objetivos que são delineados a cada momento e tenham uma palavra a dizer sobre eles. É importante que o processo de reabilitação considere também a vontade e expectativas da pessoa. Segundo Hesbeen (2003) “(...) só a pessoa a quem nos dirigimos poderá, afinal, decidir como irá utilizar a ajuda que lhe oferecemos. A eficácia desta ajuda só poderá ser real se ela fizer sentido para a existência de quem é cuidado” (p. XIII). A relação terapêutica que se estabelece entre a equipa multiprofissional, o utente e a sua família deverá privilegiar a construção de um caminho comum, que seja, ao mesmo tempo, realista e vá de encontro às motivações da pessoa, uma vez que “para que as acções do profissional façam sentido para a existência particular de determinada pessoa, o que importa não é atribuir-lhes sentido [o nosso sentido] mas sim ter a certeza que elas

se enquadram na direcção que a pessoa considera desejável” (HESBEEN, 2003, p. XIII). As situações de cuidados, por muito semelhantes que sejam, são interpretadas de modos diferentes por pessoas diferentes, os processos de transição são realizados de forma muito particular por cada indivíduo.

O EEER deve desenvolver a sua ação considerando a pessoa interveniente ativo do seu processo de saúde, conciliando o que considera serem as melhores práticas na sua área de intervenção e as preferências do utente, negociando com ele se necessário. A tomada de decisão do EEER deve ser suportada por princípios, valores e normas deontológicas e fundamentada em conhecimentos técnicos, científicos e relacionais sólidos, pois só deste modo terá poder de argumentação.

A valorização do trabalho em equipa foi uma constante em todos os contextos de cuidados onde tive o privilégio de desenvolver o meu estágio. Parece ser unânime que uma intervenção multidisciplinar é vantajosa nos processos de reabilitação. Segundo Hoeman (2000), “as equipas terapêuticas têm, tradicionalmente, sido vistas como um meio óptimo de proporcionar tratamento a doentes com necessidades complexas de reabilitação” (p.31). Para a mesma autora “uma equipa de profissionais com diferentes experiências, personalidades e especializações torna-se coesa através de uma meta e propósitos comuns (...)” (p.88). Também Hesbeen (2003) considera que “a multiplicidade da equipa de reabilitação é vital (...)” (p.63). Todavia, o autor ressalva, que para que uma equipa obtenha bons resultados, deve ser construída e orientada em torno de um projeto de cuidados, dirigido ao utente e seus próximos, e estar motivada para investir a sua energia e recursos para atingir objetivos profissionais partilhados (HESBEEN, 2003).

O papel do EEER revelou-se central na gestão dos processos de reabilitação em que participei, nos três diferentes contextos de cuidados. Este assume a liderança dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem e medeia, em muitas situações, a interação entre a equipa multidisciplinar, o utente e a sua família. A sua intervenção é crucial para manter a coesão da equipa e o percurso delineado. O EEER é considerado perito na sua área de intervenção e é procurado pelos seus pares enquanto consultor, é respeitado pela sua capacidade de desenvolvimento e operacionalização dos planos de cuidados especializados. Nos três contextos de

cuidados tive a oportunidade de desempenhar este papel sob supervisão dos orientadores e com autonomia progressiva.

As ECCI constituem uma das respostas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e consistem em equipas multidisciplinares

“ (...) da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma” (Decreto-lei nº101/2006 de 6 de Junho).

A ECCI onde estagiei tem a capacidade de prestar cuidados a um máximo de 50 utentes, em simultâneo, na área de abrangência do Centro de Saúde e que reúnam os requisitos de admissão definidos pela RNCCI. O seu objetivo geral é a prestação de cuidados continuados a pessoas que, independentemente da sua idade se encontrem em situação de dependência. A equipa multidisciplinar da ECCI é composta por profissionais de diversas áreas de intervenção: EEER, enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala, assistente social e nutricionista.

No caso particular da ECCI em que estagiei, o EEER assumia o papel de gestor de caso, funcionando como eixo de convergência da informação e da prestação de cuidados. A relação terapêutica e de confiança, estabelecida entre o EEER, o utente e a sua família, que resulta do envolvimento diário e da disponibilidade total na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, conferia-lhe um conhecimento abrangente das situações de cuidados. Este solicitava a intervenção dos demais profissionais da equipa multidisciplinar sempre que esta fosse considerada importante. As reuniões quinzenais da equipa em que se apresentavam e debatiam os casos em processo de intervenção eram também um espaço promotor da participação de todos os profissionais.

O CER é uma instituição do Sistema Nacional de Saúde especializada na reabilitação de pessoas portadoras de deficiência congénita ou adquirida de predomínio físico, de qualquer idade, provenientes de todo o país e de países

estrangeiros. Com uma cultura institucional baseada na abordagem global do utente e profissionais diferenciados, com comprovadas competências técnicas, científicas e humanas, é reconhecido, pelo público em geral e pela comunidade técnico-científica, como um centro de referência na área da reabilitação.

A primeira semana de estágio que realizei no CER decorreu numa unidade específica de treino de AVD e as restantes seis semanas decorreram num serviço de internamento de adultos, vocacionado para a reabilitação de pessoas com patologia do foro neurológico em fase de sequelas, nomeadamente traumatismo crânio encefálico, lesão vertebro medular, AVC, Síndrome de Guillain-Barré, entre outras.

O serviço de internamento de adultos onde realizei estágio tem uma lotação máxima de 34 utentes. Todos os utentes admitidos são previamente avaliados em consulta médica e têm, na admissão, uma previsão da duração do internamento que, no caso dos utentes com diagnóstico de AVC, é de aproximadamente 60 dias. O tempo necessário para o início de um processo de reabilitação que se pretende que tenha continuidade após a alta.

Neste serviço de internamento, assim como nos restantes serviços deste CER, o trabalho em equipa é privilegiado, sendo que todos os utentes são avaliados e acompanhados por uma equipa multiprofissional da qual fazem parte: enfermeiros, na sua maioria EEER ou com formação em reabilitação, assistentes operacionais, médicos fisiatras, uma assistente social, uma psicóloga, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala e uma dietista. Sempre que necessário os utentes são ainda observados, na instituição ou externamente, por profissionais especializados em outras áreas (e.g. neurologista, ortoprotesista, podologista, gastroenterologista, etc.).

O DRHC é responsável pela enfermagem de reabilitação na unidade hospitalar e está fundamentalmente vocacionado para a reabilitação de utentes com patologia cardíaca do foro cirúrgico, embora a intervenção dos EEER seja holística e procure ir de encontro às necessidades do utente. As alterações respiratórias induzidas pela cirurgia cardíaca determinam que as necessidades dos utentes tenham predomínio no âmbito da reabilitação respiratória. Durante este período de estágio tive a oportunidade de acompanhar utentes nas várias fases pré e pós

cirurgia o que incluiu a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), numa Unidade de Cuidados Intermédios (UCINT) e num Serviço de Cirurgia Cardiorácica (SCC).

A equipa de enfermagem do DRHC é constituída por quatro EEER, sendo que um dos elementos desempenha também funções de coordenador do serviço. Este departamento trabalha em colaboração com a fisioterapia e é responsável pelos três serviços supramencionados, responde ainda às necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação nos restantes serviços do hospital quando solicitada para tal. A realização deste estágio mostrou-se pertinente pela necessidade que o EEER tem de adquirir competências na área da reabilitação respiratória para poder dar resposta às necessidades do utente com patologia do foro respiratório ou risco de a desenvolver.

Em todos os contextos de estágio a minha participação foi evoluindo ao longo do tempo, tendo passado por três fases essenciais e distintas. Inicialmente por uma fase de observação e reconhecimento da realidade existente e dos métodos de trabalhos utilizados pelos profissionais de saúde, nomeadamente pelos EEER. Posteriormente por uma fase de participação ativa mas com a colaboração e presença constantes do EEER orientador. E finalmente uma fase em que assumi o papel de EEER e a gestão dos processos de cuidados, sendo a responsável pela avaliação, planeamento e implementação das intervenções de enfermagem de reabilitação e pela tomada de decisões relativas a cada situação, com a supervisão do EEER orientador.

### **Objetivos específicos:**

- 4 – Desenvolver capacidades de reflexão e autocrítica relativamente ao desenvolvimento pessoal e profissional na aquisição de competências;
- 5 – Adquirir/aprofundar conhecimentos que permitam a fundamentação das intervenções e tomadas de decisão no exercício dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação.

Competências adquiridas:

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

A procura de conhecimento que fundamentasse as intervenções de enfermagem de reabilitação desenvolvidas ao longo do estágio foi uma necessidade constante. O exercício de uma enfermagem de reabilitação profissional e segura (eticamente responsável) assim o exige. A diversidade de contextos em que realizei estágio implicou também uma diversidade significativa de utentes, patologias, equipamentos e situações de cuidados, que sendo verdadeiramente enriquecedora, obrigou ao aprofundamento de algumas temáticas e ao esclarecimento de situações específicas de cuidados.

A observação da dinâmica dos serviços, da intervenção do EEER nos diferentes contextos e da sua articulação com os diversos profissionais proporcionou-me momentos de aprendizagem importantes. No DRHC, onde desenvolvi a vertente do estágio relacionada com a aquisição de competências na área da enfermagem de reabilitação respiratória, foi essencial a observação organizada da intervenção da EEER por forma a conseguir sistematizar a minha própria intervenção. De igual modo, quando integrada numa ECCL, sem experiência profissional na área dos cuidados de saúde primários, foi importante a observação da abordagem realizada pelos EEER, ao utente e sua família, durante as visitas domiciliárias. Numa fase inicial, a observação das reuniões de equipa permitiu-me compreender a sua dinâmica e as formas de articulação dos vários profissionais e dos meios disponíveis, assim como os limites da intervenção de cada elemento.

A pesquisa bibliográfica e a consulta de bases de dados científicos (e.g. EBSCO, b-on) tornou-se frequente e indispensável no quotidiano da prestação de cuidados. Para melhor compreender e adequar as técnicas de reabilitação a cada situação de cuidados, e a cada utente, foi importante a compreensão dos fenómenos saúde/doença nas suas vertentes anátomo-fisiológica, psicológica e social, em profundidade. A tomada de decisão fundamentada em conhecimentos sólidos decorrentes da evidência científica é uma exigência da enfermagem atual. A revisão dos apontamentos e da documentação fornecida no decorrer das diferentes

unidades curriculares teóricas deste curso de mestrado revelou-se também uma mais-valia.

A consulta de normas e protocolos foi essencial para o conhecimento dos procedimentos e modos de atuação em diversas situações da prática quotidiana dos serviços. Por exemplo, no CER é utilizado o modelo de Margaret Johnstone no treino de atividades terapêuticas, contudo na realização de transferências a técnica utilizada é diferente da defendida por esta autora.

As passagens de turno de enfermagem nos diversos contextos, as reuniões clínicas diárias no DRHC, as visitas médicas à enfermaria, as reuniões de avaliação no CER e as reuniões quinzenais da ECCI foram importantes momentos de aprendizagem. Estas são ocasiões em que a informação relativa aos utentes é transmitida e debatida entre os profissionais. São colocados em perspetiva vários olhares sobre uma mesma situação e realizadas opções terapêuticas que se procura, sejam as melhores. A discussão de situações específicas dos utentes permitiu-me conhecer, por exemplo, os diagnósticos, os tratamentos propostos, as suas vantagens e desvantagens, as estratégias adoptadas, os fundamentos dessas opções e o papel do EEER na sua implementação.

As reuniões com os enfermeiros orientadores e com o professor orientador revelaram-se momentos de reflexão e análise das práticas que se tornaram orientadores da aprendizagem. Nesses momentos tive a oportunidade de confrontar os objectivos traçados com as atividades desenvolvidas de modo a aferir as necessidades de aperfeiçoamento/aprendizagem e redireccionar a minha intervenção de acordo com as necessidades identificadas. A discussão e reflexão acerca de algumas situações particulares foram igualmente importantes e orientadoras da prática. O exercício de questionar as opções realizadas, os diagnósticos de enfermagem, as intervenções desenvolvidas, os resultados obtidos, etc., colocando-os em causa, obrigou a uma análise do trabalho desenvolvido, à sua fundamentação e à identificação dos aspetos menos conseguidos, abrindo caminho para a sua correção.

Durante o estágio no DRHC foi-me proporcionada a oportunidade de, no bloco operatório, assistir a uma cirurgia cardíaca (substituição da válvula aórtica por uma prótese mecânica). Esta cirurgia implica procedimentos de uma complexidade e

agressividade extrema para o organismo, tais como a esternotomia, a indução de paragem cardíaca e a circulação extracorporeal, pelo que o desenvolvimento de conhecimentos nesta área foi uma necessidade. A minha presença no bloco operatório, por várias horas, permitiu-me observar a dinâmica da equipa cirúrgica (constituída por cirurgiões, anestesista, enfermeiros, perfusionista e assistentes operacionais) e toda a dimensão que uma intervenção desta natureza acarreta. Esta atividade foi relevante porque me permitiu perceber melhor o impacto que uma cirurgia deste tipo tem na pessoa, a todos os níveis, e compreender a importância da intervenção do EEER, no pré e pós-operatório, na prevenção e tratamento das alterações e complicações causadas por esta cirurgia.

No âmbito do meu estágio na ECCI participei nas I Jornadas de Enfermagem de Reabilitação do Hospital Garcia de Orta subordinadas ao tema “Enfermagem de Reabilitação: Que Impacto e Evidência nos Serviços de Saúde”. Nestas jornadas foram apresentadas algumas comunicações que refletem o que de melhor se faz, em alguns serviços do nosso país, na área da enfermagem de reabilitação. Estes serviços são importantes exemplos de boas práticas na área da enfermagem de reabilitação pelo que o seu trabalho deve ser investigado e divulgado por forma a tornar evidente e tangível a importância da intervenção da enfermagem de reabilitação. Os espaços de partilha de saberes consolidados entre pares são sempre enriquecedores e um estímulo à melhoria da qualidade dos cuidados prestados no quotidiano. A reflexão sobre as melhores práticas na enfermagem de reabilitação e sobre a relevância dos seus resultados é sem dúvida importante para a evolução dos cuidados.

Por sugestão da minha orientadora da ECCI, tendo sido identificada a necessidade de formação pelos enfermeiros da equipa, e considerando a minha experiência enquanto enfermeira de cuidados gerais num serviço de ortopedia e traumatologia, realizei uma formação cujo tema foi “Fraturas da extremidade proximal do fémur – Intervenções do enfermeiro no domicílio” (Apêndice VIII). Os objetivos desta formação foram: esclarecer alguns conceitos relativos às fraturas da extremidade proximal do fémur, e analisar as intervenções do enfermeiro ao utente após cirurgia por fratura da extremidade proximal do fémur, no domicílio. Nesta formação foi também abordada a temática da prevenção de quedas nos utentes com fratura da extremidade proximal do fémur embora de forma sucinta uma vez que



esta não era a temática central. A prevenção de quedas deve ser uma preocupação dos enfermeiros em qualquer contexto de cuidados. Contudo, os enfermeiros de cuidados de saúde primários têm um papel fundamental pela proximidade que têm dos utentes, nos seus ambientes quotidianos, e na medida em que a sua intervenção pode ser determinante e antecipar-se aos acontecimentos queda e fratura. Segundo a OMS (2007) os programas de formação e treino de profissionais, direcionados para o desenvolvimento de conhecimentos e competências na prevenção e gestão de quedas, deveriam ser uma prioridade nos cuidados de saúde primários, onde o maior número de utentes são pessoas idosas. A discussão gerada em volta desta temática foi bastante construtiva com todos os enfermeiros a intervirem no sentido de dar o seu contributo.

A observação da intervenção desenvolvida por outros profissionais das equipas multidisciplinares foi também espaço de aprendizagem. No CER pude participar de uma sessão de terapia ocupacional com duas terapeutas e vários utentes. Foi interessante perceber que existem intervenções que são comuns ao terapeuta e ao EEER (e.g. treino de equilíbrio, treino de correção postural, etc.). O conhecimento da intervenção de cada elemento da equipa permite-nos uma melhor continuidade dos cuidados ao utente. Mais ainda, o conhecimento da intervenção em áreas que não dominamos é fundamental para que não existam intervenções com sentidos opostos. Também no CER tive a oportunidade de observar a intervenção do terapeuta da fala, da dietista e do radiologista na realização de uma videofluoroscopia da deglutição. Este exame permite uma avaliação completa das fases da deglutição e das estruturas nela envolvidas. Consiste numa imagem radiológica dinâmica que permite a visualização de todo o percurso do bolo alimentar desde a entrada na boca até à sua chegada ao estômago. Este exame contribui para o diagnóstico e compreensão das alterações da deglutição e sua etiologia, o que favorece o planeamento das intervenções.

### **Objetivos específicos:**

6 – Avaliar a funcionalidade e identificar as alterações que determinam limitações da atividade passíveis de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação.

Competências adquiridas:

A2 – Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro.

C 1.1 – Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.

J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.

Durante as dezoito semanas de estágio que desenvolvi em três contextos diferentes tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem de reabilitação, sob a supervisão das minhas orientadoras, a utentes com patologias e limitações muito diversas. No CER prestei cuidados a utentes com lesões vertebro medulares e quadros motores de paraplegia e tetraplegia, a utentes com síndrome de Guillain-Barré, com alterações motoras e cognitivas resultantes de traumatismo crânio encefálico e AVC, entre outros. De igual modo, na ECCI tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem de reabilitação, em contexto domiciliário, a utentes com AVC, com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), com fratura do colo do fémur, etc. E também no DRHC desenvolvi a minha intervenção junto de utentes com alterações da função respiratória no pré e pós-operatório de cirurgia cardiotorácica com diversos diagnósticos e diferentes necessidades de intervenção (e.g. pneumotórax, derrame pleural, atelectasia, diminuição da expansão torácica, etc.). Foi minha a opção de não limitar o meu campo de ação apenas aos utentes com AVC, embora tenham sido esses os meus focos preferenciais de intervenção, dado que a temática do meu projeto a eles se dirige. Esta diversidade proporcionou-me momentos de aprendizagem importantes e facilitadores do desenvolvimento das competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros para o EEER.

De acordo com as competências específicas, estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros, o EEER “cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados (...)” (OE, 2010b, p.2). Assim, e considerando o curto período que dispomos para desenvolver, na prática, as competências específicas do EEER, procurei aproveitar todas as oportunidades

que foram surgindo de maneira a adquirir o máximo de informação, conhecimento e experiência de cada situação, retirando partido da sua diversidade.

No decorrer do estágio, a avaliação funcional foi uma constante, em todos os contextos de cuidados, enquanto instrumento de identificação das limitações da atividade passíveis de intervenção do EEER e alicerce do planeamento, implementação e monitorização dessa intervenção. Hoeman (2000) afirma que a avaliação funcional tem por objetivos: “determinar o estado físico funcional, documentar as necessidades de intervenções e serviços, traçar um plano de trabalho e avaliar e monitorizar os progressos” (p.163).

De acordo com Sequeira (2010), “a avaliação funcional é uma das áreas mais relevantes na prestação de cuidados ao idoso dependente, porque tem uma capacidade preditiva significativa, em termos de risco de institucionalização, deterioração física, necessidade de recursos de saúde e até de mortalidade” (p. 43).

A utilização de instrumentos de medição sistematizados e que produzam resultados significativos na avaliação da funcionalidade é hoje uma prática comum em qualquer contexto da prestação de cuidados. A procura de rigor e objetividade nos diagnósticos de enfermagem assim o determina. Para Sequeira (2010) “a utilização de instrumentos de medida é fundamental para um diagnóstico rigoroso” (p.42). Todavia, o autor ressalva que “(...) a utilização de escalas/índices não substitui a realização de uma entrevista para recolher dados mais subjectivos e mais específicos (...)” (p.42) e que, em determinadas situações, a observação atenta pode ser uma forma valiosa de avaliação complementar.

A realização de uma colheita de dados e de uma avaliação inicial rigorosas reveste-se de especial importância quando o objetivo a que nos propomos é o de facilitar o processo de transição em que o utente se encontra, de modo a que este atinja a estabilidade e o bem-estar. Segundo Meleis (2010) os seres humanos são seres ativos que têm percepções e atribuem significados às situações de saúde e doença. Estas percepções e significados são influenciados e influenciam as condições em que ocorrem as transições. Assim, para compreender a experiência dos utentes durante os processos de transição é necessário compreender as condições pessoais e ambientais que facilitam ou dificultam o progresso para alcançar uma transição saudável (MELEIS, 2010). O desafio do EEER será, antes

de tudo, o de entender o próprio processo de transição em que a pessoa se encontra e identificar os fatores facilitadores e inibidores desse mesmo processo.

A colheita de dados e a avaliação inicial do utente são instrumentos fundamentais para a identificação destas variáveis do processo de transição e reabilitação. No decorrer do meu estágio procurei utilizar estes instrumentos como forma de conhecer o utente e a família, as suas dificuldades, limitações e expectativas assim como o seu contexto envolvente, de modo a realizar um plano de intervenção que lhes fizesse sentido e fosse de encontro às necessidades identificadas. Segundo Menoita (2012), “é imprescindível uma colheita de dados completa que pode ser obtida através do processo clínico, da semiologia clínica, dos exames auxiliares de diagnóstico, bem como através da entrevista realizada à pessoa com AVC e/ou à sua família” (p.40).

Da avaliação funcional do utente, no CER e na ECCI, fazem parte: uma colheita de dados e uma avaliação inicial que inclui o exame neurológico e a aplicação de vários instrumentos de medida. A adoção destas ferramentas, disponíveis nos locais de estágio, permitiu-me determinar o estado físico funcional do utente e documentar as suas necessidades de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação e noutras áreas. A informação recolhida foi também determinante na conceção, implementação e avaliação dos planos de intervenção.

A avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão foi realizada utilizando como recurso a Escala de Braden e através da inspeção regular do estado da pele. Na ECCI esta escala é aplicada a todos os utentes e a frequência da avaliação é definida consoante o grau de risco encontrado mas não pode ser superior a dez dias. No CER a sua aplicação é diária e sistemática em todos os utentes.

Os utentes em processo de reabilitação apresentam, regra geral, risco de quedas devido às suas limitações físicas e/ou cognitivas, pelo que a avaliação do risco de quedas é recomendada. A Escala de Morse está indicada na avaliação do risco de quedas em adultos. Na ECCI é aplicada de dez em dez dias ou caso haja alteração significativa do estado geral do utente.

No CER, existem protocolados, planos de prevenção associados a algumas das escalas de avaliação, como a Escala de Braden e a Escala de Morse. Deste

---

modo, quando é avaliada uma destas escalas é de imediato associado o respetivo plano de prevenção, no qual são assinaladas as intervenções a efetivar, de acordo com a pontuação obtida. O plano de prevenção não é mais do que um plano de cuidados padronizado em que constam todas as intervenções recomendadas para determinado diagnóstico de enfermagem, estas são iniciadas ou não, de acordo com o grau de risco identificado. No que diz respeito, em particular, à avaliação do risco de quedas nos utentes internados, existe um programa de melhoria contínua implementado. Assim, é aplicada a Escala de Morse aquando da admissão do utente e implementado um plano de prevenção dirigido ao grau de risco que se diagnosticou. De acordo com o grau de risco determinado é também definida a frequência com que a escala é reavaliada, sendo que esta será maior nos utentes com elevado risco de quedas. As intervenções de enfermagem vão desde a monitorização do risco de queda, que é realizada a todos os utentes, à identificação e sinalização dos utentes com elevado risco, até a utilização de dispositivos de apoio e de contenção e à assistência nas AVD. Na enfermaria do CER onde estagiei, os processos dos utentes, a quem foi identificado elevado risco de quedas, são marcados com um sinal de perigo como forma de alerta para todos os elementos da equipa.

Estas intervenções vão de encontro às conclusões obtidas por alguns estudos já realizados. Costa et al (2010) consideram a avaliação do risco de quedas essencial para a identificação das pessoas em risco e para a adequação das intervenções às necessidades diagnosticadas. Enquanto Mackintosh et al (2005), Rubenstein (2006), Weerdesteyn et al (2008), Czernuszenko e Czlonkowska (2009), Campbell e Matthews (2010) e Simpson, Miller e Eng (2011), nos seus estudos, são unânimes ao considerar que a prevenção de quedas passa pela identificação de fatores de risco e pela consequente instituição de programas de prevenção a eles dirigidos. Será também importante realçar que as intervenções de enfermagem de reabilitação, na prevenção de quedas, não devem ser ambíguas e demasiado abrangentes mas dirigidas a situações e a fatores de risco concretos. Mackintosh et al (2005) referem no seu estudo, que os programas de prevenção de quedas, em pessoas com AVC, tendem a ser mais eficazes se forem desenvolvidos a partir de informação relativa às circunstâncias e consequências das quedas nas pessoas com

AVC. Por exemplo, as alterações do ambiente físico devem ter como alvo os locais onde, segundo os estudos científicos, ocorrem a maioria das quedas.

No CER o processo de reabilitação inicia-se imediatamente após a admissão do utente, uma vez que a partir desse momento toda a intervenção é revestida de intencionalidade e perspectivada nesse sentido. O utente é avaliado por cada elemento da equipa individualmente e é realizada a primeira reunião, a “reunião de objetivos”. Nesta reunião, cada profissional expõe à equipa a apreciação feita, é realizada a avaliação da dependência e funcionalidade com recurso à Medida de Independência Funcional (MIF) e são definidos os objetivos da equipa multiprofissional para o utente. Será importante realçar que os objetivos definidos pretendem ser realistas e são delineados tendo em consideração o tempo previsto de internamento. Após a primeira reunião, cada profissional inicia a sua intervenção e a cada 4 semanas é realizada nova reunião, denominada “reunião de reavaliação”, onde são avaliados e discutidos os progressos alcançados, e reajustados os objetivos e as intervenções inicialmente definidos, se necessário. O utente e a sua família têm um papel que se pretende ativo neste processo, pelo que as suas crenças, vontades e expectativas são trazidas às reuniões pelos diferentes profissionais de saúde. Quando, e se considerado pertinente o utente e a sua família são convidados a participar nas reuniões da equipa (e.g. situações de divergência de expectativas, de conflito familiar, situações sociais complexas, etc.), podendo também eles solicitar essa participação. A preparação para a alta é também programada e monitorizada nestas reuniões. Todos os profissionais da equipa utilizam como escala de avaliação da funcionalidade a MIF, o que facilita a perceção da evolução dos utentes, quantifica essa evolução e permite a utilização de uma linguagem uniformizada e compreendida por todos. No final do internamento, é realizada uma última reavaliação, onde são verificados os progressos realizados face ao plano individual de intervenção e é avaliada a MIF final do utente.

A MIF é uma escala de avaliação da funcionalidade com um elevado grau de fiabilidade e sensibilidade. Permite a avaliação do grau de dependência da pessoa, de forma global, em cada atividade avaliada e possibilita a mensuração eficaz dos progressos funcionais. É uma das escalas recomendadas pela DGS para a avaliação da funcionalidade após AVC, a par do Índice de Barthel.

Na ECCI a avaliação da funcionalidade é realizada com recurso a três instrumentos diferentes: o Índice de Barthel que avalia a funcionalidade e a dependência nas AVD, determinando o grau de dependência de forma global e de forma parcelar em cada AVD; o índice de Katz que permite também a avaliação da funcionalidade e da dependência nas AVD; e a escala de Lawton e Brody adaptada pela RNCCI que possibilita a avaliação da dependência nas Atividades Instrumentais de Vida Diária. Estas escalas são aplicadas periodicamente, a cada 10 dias.

Czernuszenko e Czlonkowska (2009) destacam os pontos fortes das medidas de funcionalidade na identificação dos utentes com alto risco de quedas, ao referir que as escalas de avaliação da funcionalidade, que avaliam as AVD, podem ser as melhores ferramentas para identificar potenciais utentes em risco de sofrer quedas.

De acordo com Menoita (2012), e realçando a importância da individualização dos cuidados de enfermagem, torna-se basilar uma avaliação do estado clínico da pessoa. Uma correta neuroavaliação que permita identificar as alterações e/ou potenciais alterações do estado neurológico do utente pode ser a chave do sucesso da reabilitação (MENOITA, 2012). A utilização de escalas, no decorrer desta avaliação, revelou-se uma mais-valia, não só pela importância que estes instrumentos apresentam na definição e validação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem mas também pela relevância que assumem durante a avaliação dos resultados obtidos. A neuroavaliação é um instrumento essencial que condiciona o programa de enfermagem de reabilitação. Inclui uma avaliação do estado mental, dos pares cranianos, da força muscular, da sensibilidade, do tônus muscular e da coordenação motora.

Para que a avaliação neurológica completa seja possível é necessário que algumas capacidades cognitivas do utente estejam preservadas e que este colabore com a nossa intervenção. Este exame é exigente e para a pessoa com AVC pode ser extenuante. O EEER deve diligenciar para que, se necessário, a avaliação neurológica seja realizada faseadamente proporcionando à pessoa avaliada momentos de pausa e descanso. As avaliações neurológicas que realizei pautaram-se por este princípio e foram realizadas em vários momentos de acordo com a colaboração e capacidade do utente.

A avaliação do estado mental compreende: a avaliação do estado de consciência, do estado de orientação, da atenção, da memória, das capacidades práticas, da negligência hemiespacial unilateral, e da linguagem. A avaliação do estado de consciência foi realizada através da aplicação da Escala de Glasgow que considera três indicadores: a abertura ocular, a resposta verbal e a resposta motora, e pontua o utente de 3 a 15 valores, correspondendo o 3 a um estado comatoso profundo e o 15 ao estado normal de consciência. O estado de orientação foi determinado através da realização de questões com vista à avaliação das suas componentes autopsíquica e alopsíquica. A atenção, a memória, as capacidades práticas e a linguagem foram avaliadas através da interação com utente e da realização de provas e questões simples.

A avaliação dos pares cranianos foi realizada de forma exaustiva e sistemática a três utentes com diagnóstico de AVC e permitiu-me detectar alterações neurológicas importantes e passíveis de intervenção especializada (e.g. hemianopsia homónima unilateral, alterações da sensibilidade da face, etc.).

A apreciação da divisão vestibular do VIII par craniano, o nervo estato-acústico, permite-nos a avaliação do equilíbrio. O EEER pode iniciar a sua avaliação questionando o utente relativamente à presença de tonturas ou vertigens. A avaliação do equilíbrio estático pode ser realizada pedindo ao utente que se mantenha imóvel com os membros superiores ao longo do corpo na posição de sentado e de pé. Para a avaliação do equilíbrio dinâmico o procedimento é idêntico contudo o EEER induz um ligeiro balancear no tronco do utente, verificando se este consegue retomar a posição inicial. No caso de se pretender uma avaliação mais meticulosa, e o utente colaborar, podem ser utilizados outros testes de avaliação do equilíbrio já descritos, como o Teste de Romberg.

Simpson, Miller e Eng (2011) referem no seu estudo que a avaliação do equilíbrio tem uma função preditiva no que respeita às quedas em indivíduos com e sem histórico de AVC. De acordo com os autores, os indivíduos com melhores resultados numa escala de avaliação do equilíbrio (Berg Balance Scale – BBS) apresentam um menor risco de ocorrência de quedas. A Escala de Equilíbrio de Berg não foi utilizada durante o estágio pela sua complexidade e pela dificuldade de aplicação clínica no contexto de estágio.



As alterações da força muscular foram avaliadas bilateralmente, para comparação das extremidades contra-laterais, em todos os movimentos dos vários segmentos corporais com auxílio da escala de avaliação de força do Medical Research Council. O conhecimento de limitações e alterações da força pré existentes torna-se importante para o estabelecimento de objetivos de intervenção atingíveis. A avaliação da força realizada em diferentes momentos dos processos de reabilitação permitiu também a observação dos resultados das intervenções terapêuticas implementadas.

A coordenação motora dos membros superiores e inferiores foi avaliada, com a colaboração dos utentes, através da realização de provas simples. Para avaliar os membros superiores foi pedido aos utentes que realizassem oposição do polegar e que levassem o dedo indicador ao nariz (prova dedo-nariz). Para a avaliação dos membros inferiores foi pedido aos utentes que, deitados, percorressem com o calcanhar o trajeto da crista da tibia até ao joelho do membro oposto (prova calcanhar-joelho).

A avaliação da sensibilidade implica a pesquisa da sensibilidade superficial, que compreende a sensibilidade tátil, térmica e dolorosa, e a sensibilidade profunda ou proprioceptiva que compreende a sensibilidade postural e vibratória. A avaliação da sensibilidade superficial foi realizada através da pesquisa de sensações táteis, térmicas e dolorosas. A avaliação profunda foi realizada através da pesquisa de sensações de pressão, vibração e alterações posturais.

O tônus muscular é um reflexo proprioceptivo destinado a manter a postura corporal e corresponde à contração moderada e permanente do músculo esquelético com enervação normal (BRANCO E SANTOS, 2010). A pessoa com AVC pode apresentar alterações do tônus muscular com repercussões ao nível da sua mobilidade, essas alterações podem ser de hipotonia ou hipertonia. A alteração do tônus muscular mais frequente e própria dos utentes com AVC é a espasticidade. A espasticidade é um tipo de hipertonia que se caracteriza pela afeção eletiva dos músculos anti-gravíticos. A Escala de Ashworth Modificada foi utilizada para a avaliação da espasticidade, esta pode ser classificada em seis níveis de intensidade diferentes. Durante a mobilização passiva o EEER avalia em que fase do movimento

articular e com que intensidade surge o aumento do tónus muscular e a resistência ao movimento.

Os processos clínicos dos utentes da ECCI encontram-se informatizados na plataforma da RNCCI. A colheita de dados e a avaliação inicial do utente, realizada através desta plataforma, incluem a avaliação de enfermagem, a avaliação da situação social e familiar do utente e a aplicação das escalas supramencionadas. Para além destes registos, o EEER utiliza ainda um impresso próprio, denominado Instrumento de Registo de Enfermagem de Reabilitação, onde são registadas pormenorizadamente as avaliações neurológica, motora e respiratória do utente assim como as intervenções do EEER e a evolução do utente.

O padrão de documentação utilizado para colheita de dados, no CER, baseia-se no modelo de AVD de Roper, Logan e Tierney e foi o que utilizei. A organização da colheita de dados por AVD é bastante funcional e prática, sistematiza a informação e facilita a sua consulta e a operacionalização dos planos de cuidados. Esta colheita de dados foi realizada durante a entrevista ao utente e família e acrescentada sempre que se justificou, incluiu a avaliação da dependência e de alterações nas AVD, a avaliação da situação social e familiar do utente assim como a avaliação das suas condições habitacionais, sobretudo no que se refere à mobilidade e acessibilidade.

A avaliação das condições habitacionais é um item a que os EEER dão bastante relevância tanto no serviço de internamento do CER como na unidade de treino de AVD. Todo o processo de reabilitação é desenvolvido no sentido de obter ganhos ao nível da funcionalidade e desempenho nas AVD do utente, perspetivando o seu regresso a casa. Deste modo, é crucial que a preparação da alta seja iniciada o mais cedo possível. Conhecer previamente as condições de mobilidade e acessibilidade do ambiente em que o utente se insere no quotidiano, é essencial para que o EEER adeque a intervenção às suas reais necessidades. A melhor forma de realizar esta avaliação seria a observação das condições habitacionais dos utentes em visita domiciliária, pelo EEER, contudo essa realidade é ainda uma exceção nos serviços de internamento, pelo que uma colheita de dados completa e pormenorizada será uma ferramenta importante para a construção de uma intervenção eficaz. Na ECCI a avaliação das condições habitacionais, de mobilidade

e acessibilidade é também valorizada e está implícita, uma vez que toda a intervenção é realizada em contexto domiciliário. No entanto, esse facto não é garantia de que a intervenção do EEER esteja igualmente facilitada.

O EEER deve ainda considerar que a avaliação do ambiente quotidiano do utente é também determinante no que se refere à prevenção de quedas no idoso com alterações da mobilidade decorrentes de AVC. Um estudo realizado por Simpson, Miller e Eng (2011) conclui que as pessoas com antecedentes de AVC, e alta recente de instituições de reabilitação, apresentam uma taxa de quedas, em casa, superior à da população idosa em geral. Estas conclusões salientam a importância da avaliação das condições habitacionais, da educação para a saúde sobre prevenção de acidentes em casa e da otimização do ambiente na prevenção de quedas. Todas estas intervenções devem fazer parte fundamental do planeamento da alta.

Durante o meu estágio no DRHC tive a oportunidade de desenvolver competências na área da reabilitação funcional respiratória que pude posteriormente utilizar também no utente com alterações da função respiratória decorrentes de AVC. A pessoa com AVC encontra-se sujeita a inúmeras alterações decorrentes da lesão neurológica, algumas das quais podem comprometer a função respiratória. O EEER tem um papel importante tanto na avaliação e minimização dessas alterações como na prevenção e tratamento das suas consequências.

No DRHC a avaliação da função respiratória do utente baseou-se em três pontos essenciais: uma história clínica completa, um exame objetivo cuidadoso e a análise de exames complementares de diagnóstico. Através da avaliação da função respiratória tive a possibilidade de detetar alterações respiratórias já instaladas e identificar alterações potenciais que pudessem vir a comprometer a autonomia da pessoa. Uma avaliação da função respiratória eficaz exige o domínio de conhecimentos técnicos e científicos. Durante o estágio no DRHC tive a oportunidade de efetuar a avaliação funcional respiratória a utentes no pré e pós-operatório de cirurgia cardiotorácica, inicialmente com a colaboração da minha orientadora, situação que evoluiu para uma autonomia progressiva. A sistematização e o treino desta atividade foram importantes para a consolidação das habilidades adquiridas.

A auscultação e a observação da radiografia de tórax mostraram-se procedimentos indispensáveis à realização dos diagnósticos de enfermagem. Todavia, estes procedimentos exigem um elevado domínio técnico que requer muito treino e experiência. No DRHC, a prestação de cuidados a utentes internados em cuidados intensivos e cuidados intermédios permitiu-me observar as radiografias de tórax dos utentes e auscultá-los diariamente. Após a passagem de turno de enfermagem e a reunião clínica, e antes de me dirigir às unidades e enfermarias, observava as radiografias de tórax de todos os utentes de modo a realizar um planeamento prévio da minha intervenção, priorizando os utentes com maiores necessidades de intervenção de enfermagem de reabilitação. O facto de os utentes realizarem radiografias de tórax diárias e serem auscultados antes e depois de cada sessão de reabilitação permitiu-me perceber qual a evolução do utente face à minha intervenção, o que tornou a intervenção muito visível, concreta e, por vezes, impressionante.

Os planos de cuidados que elaborei obedeceram a uma organização estrutural, por AVD, contudo o pensamento de Meleis esteve presente na preocupação em identificar os fatores facilitadores e inibidores dos processos de transição, em que o utente se encontrava, e na procura de intervenções que contribuíssem para que a adaptação à nova realidade acontecesse de forma saudável. A identificação de padrões de resposta, nos utentes, indicadores do sucesso dos processos de transição, como são a sensação de bem-estar, a interação com a equipa, o desenvolvimento de confiança, a sensação de controlo da situação (MELEIS, 2010), foram igualmente importantes para a avaliação das intervenções realizadas, no sentido em que me permitiram perceber o seu impacto na progressão para uma transição saudável.

A avaliação dos planos de cuidados e das intervenções implementadas foi realizada regularmente com o objectivo de verificar os resultados obtidos e reestruturar a intervenção se necessário. Os instrumentos de medida utilizados na avaliação inicial foram também repetidamente utilizados como forma de monitorizar os ganhos obtidos.

**Objetivos específicos:**

- 7 – Planejar e implementar intervenções de enfermagem de reabilitação integradas no plano global de cuidados do utente a partir dos diagnósticos de enfermagem.
- 8 – Conceber, implementar e avaliar programas de treino que visem a adaptação da pessoa e a maximização da sua autonomia e qualidade de vida;
- 9 – Promover a mobilidade a acessibilidade e a participação social;
- 10 – Avaliar o resultado das intervenções implementadas.

**Competências adquiridas:**

- A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.
- A2 – Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.
- B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro.
- C 1.1 – Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.
- J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.
- J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.
- J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Como referido anteriormente a pessoa acometida por AVC pode ser confrontada com um vasto conjunto de alterações físicas, cognitivas e psicossociais que condicionam a sua vida e comprometem o seu bem-estar. A reabilitação da pessoa com AVC é uma prioridade, seja numa perspetiva de recuperação total das capacidades perdidas ou de adaptação à nova realidade.

Considerando que, o risco de quedas se encontra aumentado na pessoa acometida por AVC, em todas as fases da doença, é fundamental o desenvolvimento de estratégias de prevenção de quedas no idoso com alterações da mobilidade decorrentes de AVC, como parte integrante do seu plano de reabilitação. Para Mackintosh et al (2005) a prevenção de quedas deve fazer parte de qualquer plano de reabilitação da pessoa com AVC.

De acordo com a evidência científica encontrada, os programas de prevenção de quedas devem incluir estratégias adaptadas de prevenção de quedas visando quatro perspectivas de intervenção: a avaliação do risco de quedas; a maximização do potencial funcional da pessoa com AVC; a eliminação dos fatores de risco modificáveis (e.g. a otimização das condições ambientais); e a educação para a saúde visando a autonomia na prevenção de quedas.

Após uma avaliação funcional detalhada da pessoa com AVC, que permitiu ao EEER identificar as alterações e limitações da atividade passíveis de intervenção especializada, este realiza o planeamento da sua intervenção e aplica programas de treino com vista à adaptação da pessoa à nova realidade e à maximização da sua autonomia e qualidade de vida.

As alterações da mobilidade decorrentes de AVC mais comuns são a hemiplegia ou a hemiparesia. Estas alterações são altamente incapacitantes na medida em que, nas situações mais graves, podem comprometer totalmente a capacidade de realização das AVD. São ainda, em conjunto com as alterações do equilíbrio, as alterações sensoriais, as alterações cognitivas, etc., importantes condicionantes do aumento do risco de queda na pessoa com AVC. De seguida passarei a descrever algumas das intervenções realizadas durante o estágio com vista à maximização do potencial funcional da pessoa com AVC e igualmente determinantes na prevenção de quedas uma vez que favorecem a eliminação/minimização dos fatores de risco biológico associados ao declínio da funcionalidade decorrente do AVC.

A força, o tónus muscular, o equilíbrio e a sensibilidade encontram-se frequentemente modificados nos utentes acometidos por AVC. A realização de um programa de mobilizações dos segmentos comprometidos é essencial para: recuperar ou aumentar o grau de força muscular; retardar o aparecimento da espasticidade; conservar a amplitude articular; e promover o aparecimento da sensibilidade (BRANCO e SANTOS, 2010). O programa de mobilizações desenvolvido deve considerar as capacidades e limitações de cada utente assim como as indicações e contra-indicações terapêuticas. Deve ainda ser implementado de forma progressiva, iniciando-se com mobilizações passivas, passando a activas-

assistidas e posteriormente a activas resistidas conforme a evolução e capacidade de colaboração de cada utente.

Durante as mobilizações o utente deve estar devidamente posicionado e confortável, de modo a garantir uma boa execução dos movimentos. A sua colaboração deve ser solicitada, sendo importante que compreenda o movimento a realizar e se mantenha atento ao mesmo. A colaboração do utente favorece a reaquisição do engrama motor e estimula a sensibilidade propriocetiva. Os segmentos que não estejam a ser mobilizados devem estar posicionados em padrão antispástico. As mobilizações foram realizadas dos segmentos distais para os proximais, cada articulação isoladamente e respeitando as amplitudes articulares existentes ou mantendo-as dentro dos limites fisiológicos.

Pela sua relevância, as mobilizações foram uma intervenção transversal a todos os planos de cuidados que desenvolvi com vista à reabilitação de pessoas com AVC. Durante o decorrer do estágio, compreendi que estes programas devem ser desenvolvidos de forma repetida e sistemática para que os resultados sejam visíveis, o que, por vezes, só acontece ao fim de semanas de intervenção. São exigentes fisicamente para o utente, pelo que devem ser considerados períodos de repouso após a sua realização, mas também para o EEER (e.g. utentes obesos, hipotonia, espasticidade, etc.), e requerem persistência e determinação, uma vez que os resultados não são conhecidos e garantidos à partida.

A pessoa vítima de AVC apresenta alterações do tônus muscular que podem ser, numa fase inicial, de hipotonia mas que com o retorno da função muscular tenderão à hipertonia e ao desenvolvimento de um padrão espástico. A espasticidade é variável e apresenta um desenvolvimento padrão, afeta predominantemente os músculos anti gravíticos do hemicorpo lesado: os flexores e os adutores do membro superior e os extensores do membro inferior. Instala-se primeiramente nos segmentos distais, evoluído depois para os proximais e é responsável pela adoção de posturas anómalas e movimentos estereotipados que comprometem a funcionalidade do indivíduo (BRANCO e SANTOS, 2010). O padrão espástico caracteriza-se pela: inclinação lateral da cabeça para o lado lesado e rotação para o lado são, retração do ombro com depressão e rotação interna da articulação escapulo-umeral, flexão do cotovelo com pronação do antebraço, flexão

do punho e dedos e adução destes, flexão lateral do tronco para o lado lesado, anteversão da bacia, rotação externa e extensão da articulação coxofemural, extensão do joelho e flexão plantar da articulação tíbiotársica e inversão do pé (MARGARET JOHNSTONE, 1979).

O correto posicionamento da pessoa afetada por AVC é essencial à prevenção e retardamento da instalação de um padrão espástico e à prevenção das deformidades músculo-esqueléticas a ele associadas. O padrão antispástico reeduca a função motora e sensitiva do lado afetado pela estimulação precoce dos reflexos posturais normais, aumentando o equilíbrio entre o lado são e o afetado. A utilização do padrão antispástico é fundamental para o sucesso futuro da reabilitação. (MARGARET JOHNSTONE, 1979).

O posicionamento da pessoa com AVC em padrão antispástico foi uma preocupação constante durante o estágio, uma vez que este padrão apresenta características específicas e deve ser mantido o maior número de horas diárias possível para que seja eficaz. O padrão antispástico, como o próprio nome indica, pretende contrariar o desenvolvimento padrão da espasticidade e é caracterizado pelo: alinhamento da cabeça com o corpo, protração do ombro com rotação externa e abdução da articulação escapulo-umeral, extensão do cotovelo com supinação do antebraço, extensão do punho e dedos com abdução destes, extensão do tronco, retroversão da bacia, rotação interna e flexão da articulação coxofemural, flexão do joelho e dorsiflexão da articulação tíbiotársica e eversão do pé.

A educação relacionada com o posicionamento em padrão antispástico é essencial e deve incluir a instrução e o treino da pessoa com AVC e sua família de modo a promover a continuidade desta intervenção após a alta.

Para além do posicionamento em padrão antispástico foram desenvolvidas outras intervenções tendo em vista a inibição da espasticidade como a realização de carga nos membros espásticos. São exemplo, o treino de carga no cotovelo e a utilização de dispositivos como cadeiras de baloiço adaptadas, em que o utente cruza o membro inferior são sobre o membro inferior afetado realizando carga sobre este durante o balanço, e o “*standing frame*”, em que o utente realizava carga no membro inferior afetado através da manutenção da posição de pé. A utilização de talas pneumáticas foi também uma intervenção realizada com vista à inibição da



espasticidade dos membros superiores e/ou inferiores antes da mobilização dos mesmos.

No CER observei ainda a administração de toxina botulínica como tratamento da espasticidade. Nos utentes com elevado grau de espasticidade era realizada a administração de toxina botulínica em grupos musculares específicos produzindo músculos desenergizados. Quando aplicada em pequenas doses, esta toxina bloqueia a liberação de acetilcolina (neurotransmissor responsável pela contração muscular) e, como resultado, o músculo não recebe a mensagem para contrair. Este tratamento tem em vista a criação de uma janela terapêutica em que o relaxamento muscular permite a realização de exercícios de reabilitação de uma forma sistemática, e consequentemente a reeducação neuromuscular, o equilíbrio entre os músculos agonistas e antagonistas e a criação de padrões normais de movimento (BRANCO e SANTOS, 2010). A aplicação de talas posturais adaptadas é uma intervenção que contribui para todo este processo através da manutenção de um posicionamento adequado do membro em repouso. No CER a adaptação das talas posturais é da responsabilidade da terapia ocupacional, o papel do EEER é o de monitorizar e contribuir para a sua utilização correta pela pessoa com AVC.

O treino de atividades terapêuticas no CER é realizado considerando o método descrito por Margaret Johnstone e que se baseia no desenvolvimento motor do bebé. Este método preconiza o estabelecimento de um programa de intervenção em que são treinados e desenvolvidos movimentos progressivamente mais complexos como os observados num bebé durante a aprendizagem dos mecanismos de controlo postural e motor. Deste modo, a reeducação postural e do movimento é realizada de forma sequencial, seguindo as etapas do neurodesenvolvimento da criança, e inclui como atividades terapêuticas: a ponte, as automobilizações, o rolar, a rotação controlada da anca, a facilitação cruzada, a carga no cotovelo, o treino de equilíbrio, as transferências e por fim o treino de marcha.

Durante o estágio tive a oportunidade de realizar o treino de atividades terapêuticas, em contexto de internamento, no CER e também, em contexto domiciliário, na ECCI, a vários utentes com alterações da mobilidade decorrentes de

AVC. Seguidamente encontram-se descritas as atividades terapêuticas realizadas assim como os objectivos de cada uma delas.

A ponte é um exercício que permite o fortalecimento da musculatura pélvica e do tronco e o aumento da mobilidade da bacia, importantes na adoção das posições de sentado e ortostática e na realização de uma marcha estável e rítmica. Contribui também para a prevenção da rotação externa do membro inferior afetado, para a inibição da espasticidade do membro inferior e da bacia, para a estimulação da sensibilidade e para a promoção da autonomia no autocuidado (BRANCO e SANTOS, 2010; MENOITA, 2012).

O utente deve estar posicionado em decúbito dorsal, com a região da cabeça, pescoço e omoplatas apoiada na cama ou na almofada, os membros superiores ao longo do corpo em extensão e abdução e os membros inferiores em adução com flexão da articulação coxofemural e joelhos. O EEER posiciona-se do lado afetado do utente, ajuda-o a manter a posição do membro inferior afetado (impedindo o seu deslizamento e contrariando a rotação externa) e pede-lhe que faça a elevação da bacia e que mantenha a posição por alguns segundos. Este é um exercício fisicamente exigente para o utente e deve ser repetido de acordo com a sua tolerância e considerando as suas limitações (e.g. patologia cardíaca, obesidade, patologia respiratória, etc.). Pode ainda aumentar-se progressivamente o grau de dificuldade do exercício, de acordo com a capacidade do utente, através, por exemplo, da colocação de um livro entre os joelhos, que o utente terá de segurar, ou pedindo-lhe que realize o exercício sem ajuda.

As automobilizações são importantes na integração do membro superior afetado no esquema corporal, favorecem a re aquisição da sensibilidade propriocetiva e a mobilização/posicionamento do membro superior em padrão antispástico. São também relevantes no treino da força e na manutenção das amplitudes articulares e motivo de satisfação e reforço da auto-estima da pessoa com AVC. Esta é uma atividade terapêutica que, com frequência, os utentes conseguem realizar autonomamente ou com supervisão e por isso lhes proporciona algum grau de independência e controlo do próprio corpo.

As automobilizações podem ser realizadas com a pessoa na posição de deitada, na posição de sentada ou em pé. O utente posicionado em padrão

antispástico, com os membros superiores em extensão e as mãos entrelaçadas (o dedo polegar do membro sã sobre o dedo polegar do membro afetado) realiza o movimento de flexão do ombro com elevação dos membros superiores acima da cabeça. O EEER coloca-se do lado afetado do utente e orienta o movimento, corrigindo-o e assistindo-o se necessário. Esta atividade deve ser realizada repetidas vezes, de acordo com a tolerância do utente. A utilização de um espelho ajuda à observação do movimento pela pessoa e facilita a autocorreção postural.

A atividade terapêutica rolar tem como principais objetivos: a promoção do autocuidado, o controlo e inibição da espasticidade, a promoção do alinhamento corporal, a estimulação da ação dos músculos do tronco do hemicorpo afetado, a reeducação do reflexo postural e a estimulação da sensibilidade (MENOITA, 2012).

Esta atividade terapêutica realiza-se na cama com a pessoa posicionada em padrão antispástico e o mais próximo do lado contrário àquele para onde se irá rolar. O EEER posiciona-se do lado para onde o utente se vai virar, certifica-se de que todo o movimento é realizado em segurança e com uma mão na anca e outra no ombro auxilia o movimento.

A rotação controlada da anca é um exercício com características e objetivos muito semelhantes aos da ponte e permite ganhos idênticos. Pode ser realizado em alternativa à ponte por indivíduos com necessidade de restrição de esforços. Esta atividade terapêutica consiste num movimento de rotação da anca a partir da posição de decúbito dorsal com os membros superiores em extensão e abdução sobre a cama e os membros inferiores em flexão.

A realização de carga no cotovelo tem como principais objetivos: a inibição da espasticidade do membro superior, a estimulação da sensibilidade propriocetiva, a reintegração do esquema corporal, a estimulação dos reflexos cervicais e do controlo da cabeça, e a preparação da pessoa para a posição de sentada (MENOITA, 2012). Com o utente em decúbito dorsal e posicionado em padrão antispástico, o EEER com a sua mão apoia o antebraço do membro superior afetado e com a outra mão auxilia o utente a elevar-se sobre o braço e realizar carga no cotovelo mantendo o alinhamento. Esta atividade terapêutica pode ser realizada diminuindo progressivamente o apoio dado pelo EEER de acordo com a capacidade do utente. A carga no cotovelo é uma atividade terapêutica relevante no treino da

transferência, especialmente quando esta é realizada pelo lado afetado do utente, uma vez que nessa situação o utente passa para a posição de sentado realizando carga no cotovelo.

O treino de equilíbrio inicia-se logo que a situação clínica do utente o permita e que este consiga tolerar a posição de sentado. As atividades terapêuticas realizadas na cama são um excelente modo de preparar este momento, conforme descrito anteriormente. O treino de equilíbrio é realizado de forma progressiva, de acordo com as capacidades de cada utente, e compreende várias etapas: o treino de equilíbrio na posição de sentado, na posição de pé e o treino do equilíbrio estático e dinâmico. Os principais objetivos desta intervenção são: reeducar os mecanismos reflexos de controlo postural, estimular a ação voluntária dos músculos do tronco do hemicorpo afetado, estimular a sensibilidade propriocetiva, inibir a espasticidade, promover o autocuidado e a satisfação da pessoa.

O treino de equilíbrio na posição de sentado é realizado com o utente sentado, com os membros superiores paralelos ao tronco, em ligeira abdução, e as mãos apoiadas na cama de forma a suportar o peso do tronco e a mantê-lo alinhado. Os membros inferiores devem estar firmemente apoiados no chão ou num dispositivo de apoio adequado, com os pés descalços preferencialmente ou com calçado apropriado e os joelhos fletidos a 90°. O EEER coloca-se em frente ao utente e apoia-o com as mãos ao nível dos ombros e com os seus joelhos bloqueia o movimento dos joelhos do utente. Se possível e seguro, vai eliminando progressivamente e de forma suave a sua posição de suporte deixando que o utente mantenha o posicionamento autonomamente. A correção postural é fundamental e deve ser realizada pelo EEER através da correção efetiva do posicionamento do utente ou através de orientações verbais dadas ao utente, quando este já consegue autocorrigir-se. O espelho quadriculado demonstrou ser um importante instrumento na correção postural quando o utente se torna autónomo nesta atividade.

Quando o utente apresenta o equilíbrio estático recuperado e se pretende testar/treinar o equilíbrio dinâmico, o EEER pode introduzir um ligeiro balancear no tronco da pessoa, para que esta tenha de utilizar os mecanismos reflexos de correção postural de forma a compensar o movimento e recuperar a posição inicial.

O treino de equilíbrio na posição de pé é realizado no CER utilizando como recurso os “*standing frame*”, dispositivos de apoio, que podem ser simples ou eléctricos, e que sustentam a pessoa permitindo-lhe a manutenção da posição de pé. Também na posição de pé é essencial a correção postural do utente, realizada pelo EEER ou a autocorreção postural realizada pelo utente com o auxílio do espelho quadriculado. Esta atividade tem benefícios, como a reeducação do equilíbrio, a inibição da espasticidade e a estimulação da sensibilidade propriocetiva pela realização de carga no membro inferior, assim como o aumento da auto-estima e satisfação do utente pela readopção da posição ortoestática.

A evidência científica revela que os défices no equilíbrio foram identificados como fatores de risco de quedas em indivíduos com AVC e que os programas de exercício específicos, baseados no conhecimento da fisiopatologia dos défices de equilíbrio e marcha, específicos do AVC, se demonstram eficazes na prevenção de quedas (SIMPSON, MILLER E ENG, 2011; COSTA et al, 2010 e WEERDESTEYN et al, 2008).

A facilitação cruzada é uma técnica terapêutica que consiste na abordagem da pessoa e na colocação dos objetos do lado hemiplégico de modo a que para lhes ter acesso esta tenha de cruzar um plano sagital médio imaginário e desenvolver as atividades sobre o hemicorpo afetado. Esta intervenção promove a reintegração do esquema corporal, estimula a realização de atividades bilaterais, reeduca o reflexo postural do lado afetado, estimula a sensibilidade propriocetiva e promove o autocuidado (BRANCO e SANTOS, 2010). O EEER deve estar atento e ponderar a utilização desta técnica em utentes que pelas suas limitações se sintam frustrados ou vejam a sua auto-estima diminuída por não conseguirem, nestas condições, realizar as suas atividades de autocuidado. Por exemplo, no caso de um utente com hemianopsia homónima unilateral, utilizei esta técnica com o consentimento do utente e por períodos estipulados previamente em que este estivesse acompanhado. Deste modo, o utente realizava os autocuidados utilizando a técnica da facilitação cruzada com a segurança de que se algo corresse menos bem teria assistência imediata.

Branco e Santos (2010) definem a transferência como “(...) um procedimento que permite a mudança de um doente de uma superfície para outra ao mesmo nível

---

ou em níveis diferentes, de uma forma segura e confortável quer para quem executa quer para o doente” (p.70) As transferências podem ser realizadas com ajuda total, ajuda parcial ou sem ajuda, de acordo com o grau de dependência do utente nesta atividade. Em utentes com grandes limitações da mobilidade pode ser necessário e é desejável que a técnica de transferência seja executada com o apoio de duas pessoas. Podem ainda ser utilizados dispositivos de apoio para facilitar a transferência como, por exemplo, o cinto de transferência ou, no caso dos utentes paraplégicos, a tábua de transferências.

No utente hemiplégico, nas transferências entre a cama e a cadeira de rodas, a saída da cama pode acontecer pelo lado são ou pelo lado afetado, conforme se utilize a designada Técnica Americana ou a Técnica de Margaret Johnstone respetivamente (BRANCO e SANTOS, 2010). Ambas as técnicas são viáveis e apresentam vantagens e desvantagens, o importante será considerar aquela a que o utente se adapte com maior facilidade e que, em simultâneo, satisfaça todos os requisitos de segurança necessários à prevenção de quedas ou outros acidentes.

Weerdesteyn et al (2008) identificaram que, em utentes internados em instituições de reabilitação, a maioria das quedas ocorriam durante o dia, no quarto do utente ou na casa de banho. As transferências foram a atividade que mais frequentemente esteve na origem das quedas. Mackintosh et al (2005) referem igualmente que as atividades mais frequentemente reportadas no momento da queda, em utentes com AVC, foram as transferências e o sentar.

Durante a transferência, o utente hemiplégico deverá estar preferencialmente descalço, o que proporciona uma sensação de segurança pela perceção do contacto com chão e estimula a sensibilidade propriocetiva, ou calçado com sapatos fechados se possível com sola antiderrapante. O utente não deve usar chinelos ou estar calçado só com meias. A cadeira de rodas deve ser colocada junto à cabeceira da cama, do lado por onde o utente irá sair, e de forma a fazer um ângulo de cerca 30º com esta. A cadeira deve ser sempre travada e os pedais retirados ou lateralizados. Os braços da cadeira devem estar devidamente encaixados e podem ser virados para a frente de modo a proporcionar uma maior superfície de apoio. A cadeira utilizada deve estar adaptada às características antropométricas e limitações de cada utente.

O EEER desempenha um importante papel na valorização dos aspetos relativos à segurança uma vez que estes são, muitas vezes, desvalorizados pelo utente em detrimento do objetivo maior de transferir-se ou sentar-se, ou andar. Seguindo este princípio, procurei que, durante todo o processo de reabilitação, a primeira abordagem, antes de qualquer atividade terapêutica, consistisse na verificação, com o utente, de todos os pressupostos de segurança necessários à realização da mesma. Nenhuma atividade terapêutica foi realizada ou sequer iniciada sem que as condições de segurança fossem garantidas. Durante a realização das atividades, as orientações dadas ao utente focavam não apenas a sequência de ações que se pretendia que o utente cumprisse mas também o como (em segurança) se pretendia que fossem cumpridas. Segundo Weerdesteyn et al (2008) a maioria das quedas ocorre quando os utentes não cumprem as recomendações na realização das atividades (e.g. transferência ou treino de marcha sem a adequada ajuda ou supervisão).

Na prática, observei, por diversas vezes, utentes que tendo recuperado quase totalmente a sua mobilidade, necessitavam de supervisão ou assistência nas transferências pela sua incapacidade de garantir as condições de segurança. Ou seja, embora apresentassem capacidades motoras suficientes para executar as transferências de forma independente, eram incapazes, por alterações cognitivas ou comportamentais (e.g. alterações da memória, da atenção e da concentração, etc.), de as realizar de forma segura (e.g. esqueciam-se de travar a cadeira, de retirar os pedais, etc.). Para Weerdesteyn et al (2008) as quedas em utentes com défices cognitivos (que não cumprem as recomendações) são difíceis de prevenir. Quando o utente não pode ser instruído adequadamente, só rigorosos protocolos individualizados de vigilância e assistência podem ser bem sucedidos, sem realizar grandes restrições da mobilidade aos utentes. No entanto, esta abordagem está, em grande parte, dependente dos profissionais disponíveis e pode, portanto, ser difícil de implementar (WEERDESTEYN et al 2008).

Para Mackintosh et al (2005) é preocupante a baixa proporção de indivíduos com sequelas de AVC que procura o aconselhamento de um profissional de saúde após a ocorrência de uma queda. Segundo o autor este facto pode dever-se à perceção errada de que as quedas não são preveníveis e são uma consequência natural do AVC, ou da idade. Contrariamente a esta ideia, e considerando que a

ocorrência de uma queda é um fator de elevado risco para quedas subsequentes, as diretrizes de prevenção recomendam que todas as quedas sejam alvo de uma investigação clínica para determinar as suas causas e as estratégias que podem ser instituídas para reduzir o risco de novas quedas (MACKINTOSH et al 2005).

O EEER tem um papel fundamental na educação para a saúde do utente e sua família no sentido de os ensinar e capacitar para a tomada de decisões no que respeita à prevenção de quedas e outros acidentes. Este desempenha a dupla função de, por um lado incentivar e estimular à atividade e à autonomia, e por outro alertar para a necessidade de toda a atividade ser desenvolvida considerando as limitações do utente e as suas necessidades de supervisão e/ou assistência.

De acordo com Menoita (2012), e considerando também a experiência obtida neste estágio, “a marcha é uma meta funcional primária para a pessoa com AVC, pelo que é fundamental investir no seu treino” (p.111). Como já foi referido, as atividades e exercícios terapêuticos iniciados na cama e continuados após o levantar têm como objetivo a maximização do potencial funcional da pessoa e a sua preparação para a realização do treino de marcha. Este só pode ser realizado quando o utente recupera capacidades físicas como a força, o tônus muscular, o equilíbrio e a coordenação motora pelo que as atividades terapêuticas que o precedem são determinantes. O treino de marcha pode ser iniciado logo que a pessoa consiga manter a posição de pé, o equilíbrio e o controlo postural, ainda que com ajuda. Numa fase inicial, a marcha deve ser assistida pelo EEER. Este coloca-se em frente ao utente e com as mãos colocadas ao nível da sua anca proporcionar-lhe suporte pélvico. Ou posiciona-se lateralmente ao utente, do lado afetado; com a mão do mesmo lado apoia o membro superior lesado em padrão antispástico; e com o outro membro superior cruza as costas do utente apoiando-lhe a bacia. No CER o treino de marcha é da responsabilidade dos fisioterapeutas e é realizado no ginásio, num ambiente controlado e calmo por forma a diminuir os fatores de risco. Na enfermaria os utentes circulam em cadeira de rodas até que a sua marcha seja estável e segura. Na ECCI o treino de marcha é realizado pelo EEER e pelo fisioterapeuta, contudo a maioria dos utentes a quem prestei cuidados de reabilitação apresentava um elevado grau de dependência que não permitiu a realização de treino de marcha. Os utentes que realizavam treino de marcha no seu domicílio necessitavam de uma supervisão ou assistência continua e, muitas vezes,



não cumpriam as recomendações que lhes tinham sido transmitidas (e.g. utilizavam chinelos para a marcha, não utilizavam os auxiliares de marcha, etc.) por ignorarem ou desvalorizarem o risco.

Em algumas situações, a utilização de auxiliares de marcha, como o bastão, a bengala ou o tripé pode ser uma opção no treino de marcha do utente hemiplégico. Estes proporcionam um aumento da base de sustentação, diminuem a carga exercida sobre o membro afetado e auxiliam no equilíbrio. Os auxiliares de marcha devem ser adaptados à pessoa (e.g. devem ser ajustados à altura e ter um peso tolerado pela pessoa, permitir uma preensão firme, favorecer uma postura correta, etc.) sob pena de em vez de favorecerem, prejudicarem o treino de marcha e aumentarem o risco de queda.

As orientações do EEER, à pessoa acometida por AVC e sua família, devem ter em atenção a otimização das condições ambientais em que o utente realiza a marcha e as AVD. O ambiente deve ser isento de barreiras e obstáculos de modo a proporcionar segurança. A utilização de calçado adequado (e.g. do tamanho certo, fechado e seguro ao pé, sem adereços que possam interferir na marcha, etc.), confortável e com sola antiderrapante deve ser aconselhada. O vestuário do utente deve ser igualmente adequado e confortável de forma a não constituir obstáculo à marcha (e.g. calças muito compridas, vestuário muito largo, etc.). O piso não deve ser escorregadio ou estar molhado ou encerado, e os tapetes devem ser retirados pois são obstáculos à marcha. O mobiliário deve permitir a fácil circulação da pessoa sem que esta necessite de se desviar em trajetórias sinuosas. Os espaços devem estar devidamente iluminados de forma a permitir a observação do percurso e de algum obstáculo que possa surgir.

A pessoa com AVC vê-se frequentemente confrontada com rápidas e inesperadas alterações do seu modo de vida. As limitações físicas e cognitivas condicionam a realização das AVD com autonomia. As atividades de vestir, tomar banho, alimentar-se, transferir-se, controlar os esfíncteres, etc., outrora simples de executar, tornam-se impraticáveis sem ajuda. Esta situação condiciona a vida da pessoa, da sua família, assim como a sua capacidade de participação em sociedade. A reabilitação tem como objetivo a restauração da autonomia do utente e

a recuperação da funcionalidade. O treino das AVD é fundamental para promover a máxima independência da pessoa e a segurança no desempenho das AVD.

Segundo Czernuszenco e Czlonkowska (2009) e de acordo com o seu estudo, existe uma relação entre uma deficiente performance nas AVD e o risco de queda. Para as autoras, um mau desempenho nas AVD é determinante do aumento do risco de quedas. As autoras referem ainda que os objetivos da reabilitação devem visar a dimensão atividade e colocar o seu foco nas atividades mais perigosas, tais como as transferências, as mudanças de posição e a execução de tarefas na posição de sentado. Campbell e Matthews (2010) apontam também as alterações do equilíbrio, da perceção e no desempenho nas AVD como fatores de risco de queda durante a reabilitação pós AVC, em internamento.

Os utentes internados no CER são integrados num programa terapêutico intensivo de reabilitação, no qual se evidenciam o treino motor, o treino de AVD e a educação e treino do utente e família tendo em vista a sua autonomia e a continuidade do processo de reabilitação no domicílio. Considerando o objetivo de promover a autonomia da pessoa idosa com alterações da mobilidade decorrentes de AVC, nomeadamente no que se refere à prevenção de quedas, a minha intervenção foi direcionada para a concretização de planos de cuidados tendo em vista a educação, instrução e treino do utente e família.

Neste contexto, tive oportunidade de realizar intervenções, tais como: a instrução e treino do posicionamento em padrão antispástico; a instrução e treino de mobilizações; a instrução e treino de atividades terapêuticas na cama; o treino de equilíbrio; a instrução e o treino de transferências; o treino de banho em cadeira no duche; a instrução e o treino da higiene oral, a instrução e o treino de vestir e despir; a instrução e o treino da utilização do wc com barras de apoio, etc.

A unidade de treino de AVD é um departamento específico onde os utentes internados nos diferentes serviços do CER se deslocam, de acordo com um horário estabelecido semanalmente, por sessões de cerca de 30 minutos e onde treinam as AVD. Em situações em que o utente não se possa deslocar a esta unidade, o EEER desloca-se ao serviço de internamento onde realiza a sua avaliação e onde pode realizar também o treino de AVD. A unidade de AVD é constituída por uma sala ampla com cerca de 50m<sup>2</sup> e equipada com 3 camas articuladas, várias cadeiras de

diferentes formatos, cadeira de baloiço, banheira, sanita, lavatório e diversos produtos de apoio (e.g. calçadeiras, compensações de altura, tapetes antiderrapantes, cadeiras de banho, alteadores de sanita, etc.). A equipa de trabalho é formada exclusivamente por enfermeiros, e todos os enfermeiros que prestam cuidados neste departamento são EEER. Os treinos realizados nesta unidade têm como principal objetivo a aquisição do grau máximo de autonomia por parte do utente nas AVD. Estes são realizados perspetivando sempre a alta e a integração do utente no domicílio, pelo que as colheitas de dados são bastante pormenorizadas no que se refere ao apoio familiar e às condições da habitação. Nesta unidade tive oportunidade de observar e realizar treino de AVD a utentes com diferentes patologias e limitações. Nomeadamente, treino de transferências entre cadeira de rodas e cama, cadeira de rodas e sanita, cadeira de rodas e banheira, treino de atividades terapêuticas na cama (e.g. rolar, ponte, automobilizações, sentar, deitar, etc.), treino de vestir e despir com e sem dispositivos de apoio, treino de equilíbrio estático e dinâmico (sentado e em pé), treino de lavar os dentes, pentear e fazer a barba, treino de banho em cadeira, cadeira giratória e tábua, etc.

Uma preocupação dos EEER, nesta unidade, é a preparação dos cuidadores informais sendo que estes são também convidados a participar nos treinos, contudo foram poucas as situações em que presenciei esta realidade. Os utentes são ainda incentivados a, sempre que possível, passar os fins de semana em casa de modo a avaliarem as suas próprias dificuldades e a testarem a funcionalidade de alguns dispositivos de apoio que levam emprestados para casa.

Na ECCI, durante as visitas domiciliárias, o EEER assume a responsabilidade de identificar/referenciar utentes com necessidades de intervenção especializada de enfermagem de reabilitação e dar continuidade aos processos de reabilitação iniciados noutros contextos (e.g. internamento). Este elabora e implementa planos de intervenção que visam a adaptação da pessoa e a maximização da sua autonomia e qualidade de vida, no contexto domiciliar.

Contudo, percebi durante o estágio, que existe ainda a necessidade de melhorar os processos de articulação e cooperação entre instituições, a fim de garantir a continuidade de cuidados de enfermagem de reabilitação. A ausência de

continuidade de cuidados é problemática, uma vez que pode comprometer os processos de reabilitação e os ganhos obtidos pelo utente.

O retorno bem sucedido à comunidade implica um planeamento da alta cuidadoso. Segundo a DGS (2010) o planeamento da alta deve iniciar-se no acolhimento e envolver o utente e a família no processo terapêutico. É recomendada uma atuação a dois níveis essenciais: a preparação da família para a alta através da sua educação, instrução e treino e a promoção da continuidade dos cuidados através da articulação com os cuidados de saúde da comunidade (DGS, 2010), pelo que foi também esse o foco da minha intervenção.

Segundo Hoeman (2000) os resultados para os utentes e suas famílias melhoram com a existência de colaboração interdisciplinar e com o estabelecimento de redes de apoio formais e informais, na comunidade, que podem incluir os mais variados recursos (e.g. profissionais de saúde, clero, vizinhos, membros da família, etc.). No contexto atual, em que a família é ainda a principal responsável pela manutenção da autonomia e prestação de cuidados aos seus membros (SEQUEIRA, 2010) e existe a necessidade de que esta se organize e adapte à transição decorrente do exercício do papel de cuidador, a intervenção dos serviços da comunidade é determinante (PETRONILHO, 2007). Aos profissionais de saúde cabe garantir o suporte adequado na preparação e gestão do regresso a casa através de uma resposta coordenada, eficaz nos diferentes níveis de prestação de cuidados e que promova a continuidade dos cuidados e a otimização dos recursos (PETRONILHO, 2007). O estabelecimento de relações de parceria, entre o EEER e a família, baseadas na confiança e caracterizadas pela cooperação e responsabilidade partilhada, favorece a capacitação do familiar cuidador e a continuidade dos cuidados (MENOITA, 2012).

A visita/reabilitação domiciliária assumiu especial importância na continuidade dos cuidados. Garantir a continuidade dos cuidados passa impreterivelmente por salvaguardar que os cuidados desenvolvidos nos serviços de internamento têm repercussão e são prosseguidos em contexto domiciliário. Foi essencial validar, no ambiente do utente, as orientações e os treinos realizados ao longo do internamento e perceber se essas orientações e treinos se adequavam à realidade do utente. Perceber se aquela que foi a avaliação e perceção do enfermeiro durante o

internamento se sobrepõe à realidade vivenciada pela pessoa no domicílio. Não se trata de questionar ou colocar em causa a intervenção realizada, mas sim de a valorizar e concretizar/operacionalizar. Foi determinante a realização do estágio na ECCI para compreender a necessidade absoluta que é a continuidade de cuidados.

Durante o internamento, e em algumas circunstâncias, sugerimos pequenas alterações que consideramos que facilitariam a mobilidade da pessoa na sua casa ou proporcionariam maior segurança ao utente (e.g. retirar tapetes, deslocar um móvel para facilitar a passagem, utilizar calçado antiderrapante, melhorar a iluminação etc.) e quase sempre essas sugestões são aceites pelos utentes e familiares. Todavia, quando realizamos uma visita domiciliária percebemos que muitas dessas alterações não são realizadas, por opção do utente e/ou da família ou por dificuldade na sua concretização e na perceção das suas vantagens. Enquanto profissionais cujo objetivo é facilitar a reabilitação do utente e proporcionando-lhe segurança, não é muito fácil compreender este facto. Porém, há que respeitar a pessoa e o seu espaço e compreender que as modificações na casa interferem numa esfera muito privada da sua vida e alteram a natureza estética do ambiente como esta o imaginou (HOEMAN, 2000). Existem algumas estratégias que foram utilizadas para diminuir a resistência e o stress associados à mudança, como: explicar as razões da mudança e a sua natureza exata, envolver o utente e a família na tomada de decisões, ser sensível ao seu estilo de vida e valores, procurar as opções mais simples e baratas para conseguir os resultados necessários e ajudar a visualizar de que forma as mudanças vão tornar o ambiente seguro e diminuir o risco de quedas (HOEMAN, 2000).

A vantagem da visita domiciliária está na prestação de cuidados ao utente no seu contexto/ambiente. O facto de diariamente nos deslocarmos a casa das pessoas que cuidamos permite-nos perceber as suas dificuldades e necessidades no tempo e espaço reais. O treino de AVD, por exemplo, é frequentemente dificultado porque as habitações não são adaptadas, contudo revela-se mais ajustado às necessidades do utente e da família uma vez que é realizado no seu contexto pessoal. A visita domiciliária foi o meio ótimo de conhecer as condições habitacionais, de mobilidade e acessibilidade, base essencial para o planeamento e implementação de medidas adequadas de prevenção de quedas nas pessoas idosas com alteração da mobilidade decorrentes de AVC.

---

Na ECCI, o EEER tem autonomia na prescrição de dispositivos de apoio, facto que é facilitado pelo conhecimento das condições habitacionais, de mobilidade e acessibilidade de cada utente. Tive a oportunidade de participar na seleção e prescrição de dispositivos de apoio como auxiliares de marcha, cadeiras de banho, camas articuladas, cadeiras de rodas, colchões de pressão alternada, pedaleiras, etc., a utentes da ECCI.

Também neste contexto, as atividades terapêuticas foram desenvolvidas tendo em consideração as condições de segurança do utente e do cuidador informal e a implementação de medidas de prevenção de quedas. A intervenção para prevenção de quedas passou: pela avaliação do risco de queda de cada utente, pela identificação e eliminação dos fatores de risco modificáveis, pela otimização da funcionalidade e pela educação e treino do utente e da família sobre a prevenção de quedas.

O conhecimento da dinâmica familiar permite-nos compreender melhor os processos de transição e as implicações reais que estes têm para o utente e para a família. Em muitas situações existe uma perda de papéis por parte do utente, que passa de provedor de cuidados a alvo de cuidados, perde a sua capacidade de trabalho, a competência para gerir o seu contexto familiar, etc. De igual modo, o familiar que cuida tem de alterar as suas rotinas, por vezes, deixa de trabalhar, perde a sua liberdade e deixa de poder usufruir de tempos livres e de lazer, ganha novas responsabilidades, enfrenta dificuldades financeiras, e assume, por vezes, o papel de cuidador sem o conhecer ou desejar (SEQUEIRA, 2010). Durante o estágio presenciei muitos momentos em que foi notória a exaustão do cuidador informal. Atualmente são inúmeras as situações em que a pessoa que assume o papel de cuidador necessita, também ela, de cuidados. O EEER tem um papel importantíssimo na gestão destes casos e na procura de recursos que possam minimizá-los. Segundo Petronilho (2007) a principal causa da sobrecarga do cuidador informal é a sua inadaptação aos desafios de saúde que lhe são dirigidos e que estão essencialmente relacionados com o grau de complexidade dos cuidados. Isto é, os cuidadores informais apresentam capacidades e conhecimentos deficitários e uma rede de suporte formal e informal insuficientes que não lhes permitem fazer face as exigências do seu papel.

Durante o estágio na ECCI, e quando identificadas situações de sobrecarga do cuidador informal, a intervenção realizada procurou ir de encontro às circunstâncias identificadas como causadoras dessa sobrecarga/exaustão. Deste modo, e em acordo com o autor supracitado, as intervenções desenvolvidas focaram: a instrução e o treino do cuidador informal relativamente aos cuidados a desenvolver; a mobilização de uma rede de suporte formal e informal; e, por vezes, a substituição/alívio do cuidador em definitivo ou por um determinado período. A instrução e o treino do cuidador foram efetuados durante as visitas domiciliárias que, sempre que possível, foram reforçadas e realizadas com uma maior frequência, de modo a proporcionar ao utente e ao cuidador informal maior segurança e sensação de apoio. A mobilização de uma rede de suporte informal adicional implicou o contato com familiares e pessoas significativas (vizinhos, amigos, etc.) do utente e do cuidador informal de modo a criar uma rede de apoio que poderia ter funções desde o colaborar nos cuidados ao proporcionar momentos de convívio ao cuidador informal. O reforço da rede de suporte formal foi conseguido através do aumento da frequência da visita domiciliária, da referenciação destes casos na equipa, solicitando o apoio de profissionais de outras áreas de intervenção, como o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria e a assistente social. E, em algumas situações, através da referenciação na RNCCI para unidades de internamento com vista ao internamento para descanso do cuidador ou para transferência definitiva do utente.

Na ECCI pude ainda conhecer e desenvolver uma outra perspetiva dos cuidados de reabilitação, os cuidados com vista à manutenção da funcionalidade e à minimização das perdas diárias em utentes com ELA. A ELA é uma doença neurodegenerativa, progressiva e fatal. Os EEER conhecem o seu curso e o seu desfecho, todavia a sua intervenção não se esgota nos cuidados curativos. Nestas situações as intervenções podem ser semelhantes (e.g. mobilizações, atividades terapêuticas, treino de AVD, etc.) contudo a intencionalidade e a técnica com que são realizados são absolutamente diferentes. Os objetivos da reabilitação nestes utentes visam a prestação de cuidados que permitam minorar as perdas características do evoluir da doença; poupar energia e minimizar o dano; otimizar as funções já alteradas; prevenir quedas e acidentes; preparar e treinar a família para a evolução da doença e a necessidade de novos cuidados. Neste contexto, realizei

sessões de reeducação funcional motora procurando minimizar a perda de mobilidade; realizei sessões de reeducação funcional respiratória tendo em vista a promoção de uma limpeza eficaz das vias aéreas, a minimização da perda de mobilidade torácica e de capacidade ventilatória; efetuei instrução e treino ao cuidador sobre a utilização do *Cough Assist* e da ventilação não invasiva com CPAP (Continuous Positive Airway Pressure); realizei instrução e treino sobre o posicionamento do utente e a prevenção de úlceras de pressão; e treino de AVD com vista a minimizar o gasto energético do utente e o esforço do familiar cuidador.

O estágio no DRHC permitiu-me adquirir competências na área específica da enfermagem de reabilitação respiratória necessárias ao desenvolvimento de uma intervenção eficaz junto do utente com alterações da função respiratória. Estas competências foram também essenciais na abordagem global ao utente com AVC, uma vez que me possibilitaram a avaliação, o planeamento e a implementação de intervenções com vista à prevenção e minimização de alterações respiratórias decorrentes do AVC.

No DRHC as sessões de reabilitação funcional respiratória e motora obedeciam a um padrão, uma sequência, encontrando-se, de algum modo, sistematizadas. Estas sessões focavam quatro objetivos essenciais, considerando as características e necessidades mais comuns destes utentes: o conforto e relaxamento do utente; a expansão pulmonar; a limpeza eficaz das vias aéreas; e a prevenção das complicações da imobilidade. Contudo, após a avaliação diária de cada utente as intervenções eram ajustadas às suas necessidades e capacidades, naquele momento.

A intervenção do EEER aos utentes com necessidades de RFR, no DRHC, ocorre em três âmbitos de atuação: a prevenção, o tratamento e a reabilitação. A pessoa submetida a cirurgia cardiotorácica encontra-se exposta a um conjunto de fatores inerentes à própria intervenção (e.g. anestesia, imobilidade, dor, etc.), que não podem ser evitados, e que, muitas vezes, determinam o aparecimento de alterações da função respiratória (HEITOR et al, 1989). Assim, após a cirurgia é frequente verificarem-se alterações respiratórias relacionadas com: a diminuição da mobilidade torácica e da amplitude respiratória, a alteração dos mecanismos de limpeza das vias aéreas e a alteração da relação ventilação/perfusão. Deste modo, e



sempre que possível, a intervenção do EEER deve ocorrer no pré e pós-operatório, e visar: a prevenção e correção de defeitos posturais e deformações torácicas, a prevenção e correção de defeitos ventilatórios, e a promoção da permeabilidade das vias aéreas.

A intervenção do EEER no pré operatório de cirurgia cardiotorácica é importante uma vez que permite o envolvimento do utente no processo de reabilitação favorecendo a sua compreensão e colaboração nos exercícios de reeducação funcional respiratória e a otimização da função respiratória antes da agressão cirúrgica, com especial atenção à limpeza das vias aéreas e à preparação do utente com vista à sua colaboração na intervenção pós-operatória (HEITOR et al, 1989).

No DRHC, pude realizar a preparação pré-operatória a vários utentes realizando instrução e treino: da respiração profunda, do controlo e dissociação dos tempos respiratórios, do Ciclo Ativo das Técnicas Respiratórias (CATR), da tosse com contenção da sutura, da reeducação diafragmática e costal, de exercícios de mobilização da articulação escapulo umeral, de exercícios de mobilização dos membros superiores e de exercícios de correção postural. A realização de drenagem postural modificada assumiu especial relevo na preparação pré-operatória de utentes broncorreicos.

A instrução e o treino realizados tiveram em consideração as capacidades físicas e cognitivas de cada utente, a sua condição de saúde no pré-operatório e as indicações e contra-indicações das técnicas em questão. Dado que a intervenção pré-operatória compreende um elevado volume de informação, houve a preocupação de que, sempre que possível, esta informação fosse facultada faseadamente. A intervenção pré-operatória permite o estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança entre o utente e o EEER. Esta relação é importante para o envolvimento do utente no seu processo de reabilitação e para o desenvolvimento de estratégias que facilitem a sua compreensão e colaboração no pós-operatório (HEITOR et al, 1989). A intervenção pré-operatória deve ser uma prioridade nos serviços.

No pós-operatório as sessões de RFR, que realizei, foram precedidas da avaliação sumária do utente. Esta incluía a observação do utente, dos seus

parâmetros vitais, a observação da radiografia de tórax do pós-operatório, a análise dos valores da gasimetria arterial, a observação das características das drenagens, a auscultação pulmonar sistematizada, a observação das secreções respiratórias e a avaliação da dor. Depois desta avaliação, se o estado geral do utente o permitisse e não se verificando nenhuma contraindicação clínica, era iniciada a intervenção.

As sessões de RFR no pós-operatório de cirurgia cardíaca (com abordagem cirúrgica por esternotomia mediana e sem intercorrências) foram realizadas de forma metódica e, regra geral, seguiram a sequência: posicionamento do utente em decúbito dorsal (posição de fowler ou semi-fowler); promoção do conforto e do relaxamento muscular; realização de inspirações profundas; consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios; exercícios de reeducação abdomino-diafragmática global; exercícios de abertura costal seletiva (nestes utentes a abdução dos membros superiores deve ser limitada aos 90°); instrução e treino da tosse ou huff com contensão da sutura e com associação de manobras acessórias (nestes utentes apenas a vibração); e instrução e treino de mobilização dos membros superiores e inferiores (HEITOR et al, 1989).

Numa fase posterior, ainda na UCI ou na UCINT, estes utentes realizaram levante para cadeirão e os exercícios foram, por vezes, realizados na posição de sentado. O treino de mobilização dos membros superiores e inferiores foi incentivado e intensificado. Quando o estado geral do utente o permitia, era iniciado o levante e o treino de marcha acompanhado e por curtas distâncias.

Na enfermaria, foi dada continuidade às sessões de RFR iniciadas anteriormente. Realizada instrução e treino de marcha por distâncias maiores, com ou sem auxiliares de marcha, treino de técnicas de gestão de esforço (e.g. subir escadas degrau a degrau, alternar períodos curtos de exercício com períodos de repouso, etc.) e instrução e treino de exercícios de fortalecimento muscular dos membros inferiores na posição de pé (e.g. agachamento com apoio das mãos na barra da cama, abdução dos membros inferiores alternadamente com apoio das mãos na barra da cama, etc.). Foram ainda dadas orientações relativas aos cuidados a ter após a alta, tais como: utilizar uma almofada entre o peito e o cinto de segurança, quando transportado de carro para proteção da sutura operatória; evitar a realização de esforços sobretudo ao nível dos membros superiores (e.g. empurrar,

puxar ou levantar pesos); realizar diariamente algum exercício físico e aumentar progressivamente o tempo de marcha de acordo com a própria tolerância, etc.

Em utentes com compromisso da limpeza das vias aéreas, tive a oportunidade de realizar instrução e treino do CATR e da tosse assistida com e sem manobras acessórias e de aplicar a técnica de drenagem postural modificada.

Tive ainda a oportunidade de assistir um utente com atelectasia na utilização do IPPB (Intermittent Positive Pressure Breathing) que induz uma pressão respiratória positiva intermitente com o objetivo de promover a expansão pulmonar. Contudo, este método é já pouco utilizado por questões que se prendem essencialmente com a prevenção e controlo da infeção e a existência de técnicas alternativas como a espirometria incentiva e a inspiração profunda. Pelo contrário, a utilização do espirómetro de incentivo é muito frequente em utentes no pós-operatório de cirurgia cardiotorácica com o objetivo de favorecer a inspiração profunda e consequentemente a expansão pulmonar. O espirómetro de incentivo é um dispositivo simples, seguro, pouco dispendioso e descartável que proporciona um *feedback* visual ao utente, fornecendo-lhe informação relativa ao fluxo ou volume inspiratório atingido, durante as inspirações profundas (HOEMAN, 2000).

Em utentes com derrame pleural, para além das técnicas que visam a expansão pulmonar e torácica foi importante a utilização da terapêutica de posição de modo a evitar a formação de aderências pleurais (HEITOR et al, 1989). Nestes utentes, os exercícios de reeducação abdomino-diafragmática e costal seletivos, com ênfase no lado do derrame, foram importantes para a promoção da expansão pulmonar uma vez que existe uma subida da hemicúpula diafragmática do lado do derrame e uma diminuição da mobilidade costal provocada pelo derrame e pela adoção de posições antiálgicas defeituosas. O decúbito lateral sobre o hemitórax não afetado pelo derrame foi adotado preferencialmente de modo a favorecer a expansão pulmonar e a mobilidade torácica do lado afectado (Terapêutica de posição). A mobilização das articulações da cintura escapular e da coluna e o exercício físico geral favoreceram a prevenção e correção de defeitos posturais e deformações torácicas que se podem tornar permanentes (HEITOR et al, 1989).

As patologias e alterações da função respiratória embora não afetem diretamente a função motora do indivíduo mostram-se, em muitas circunstâncias,

francamente limitadores da mobilidade e do desempenho nas AVD. O EEER tem também um papel importante na educação e treino destes utentes para a autonomia na gestão da sua doença, que pode ser incapacitante ou exigir algumas restrições em termos de atividade e esforço.

A otimização da função respiratória em utentes com alterações da mesma terá obviamente consequências também ao nível da reabilitação da função motora, não só pela melhoria da oxigenação celular com benefícios a todos os níveis, como também pelo facto de permitir uma maior disponibilidade e melhor participação dos utentes nos programas de reabilitação.

A realização do estágio no DRHC permitiu-me a aquisição de competências na área da reeducação funcional respiratória através da intervenção junto de utentes submetidos a cirurgia cardiorácica. A prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação neste contexto foi determinante para o desenvolvimento de conhecimentos nesta área e para o treino de técnicas específicas da reabilitação respiratória assim como para o desenvolvimento de destreza na sua aplicação. A aprendizagem realizada neste contexto foi e será complementada e aperfeiçoada na prática, com a aplicação destes conhecimentos teóricos e técnicos.

## 4. CONCLUSÃO

As quedas constituem um flagelo que afeta a população idosa em geral e a pessoa idosa com alterações da mobilidade decorrentes de AVC particularmente e com um grau de severidade muito relevante. As quedas têm implicações que comprometem, muitas vezes, a saúde, a independência, a autonomia e até a vida destas pessoas.

Grande parte das alterações decorrentes do AVC contribuem para o aumento do risco de queda no idoso, e até mesmo o processo de reabilitação. Embora, as alterações decorrentes do AVC, que com maior facilidade associemos ao aumento do risco de queda no idoso sejam as alterações da mobilidade, existem inúmeras outras que contribuem para este facto. As alterações da sensibilidade, da propriocetividade, da memória, as alterações práxicas, etc., são exemplo disso.

O EEER tem um papel que é fundamental na reabilitação do utente com AVC na medida em que a sua intervenção é promotora da independência e autonomia. Contudo, o EEER não pode esquecer que todo o processo de reabilitação deve considerar a segurança do utente como essencial, de modo a prevenir acidentes futuros, nomeadamente, as quedas. Assim, a prevenção de quedas no idoso com AVC deve ser parte integrante dos processos de reabilitação.

Os programas de prevenção de quedas realizados pelo EEER devem incluir estratégias adaptadas de prevenção de quedas visando quatro perspetivas de intervenção: a avaliação do risco de quedas; a maximização do potencial funcional da pessoa com AVC; a eliminação dos fatores de risco modificáveis (e.g. a otimização das condições ambientais); e a educação para a saúde do utente e família visando a sua autonomia na prevenção de quedas.

O papel do EEER será o de, por um lado incentivar e estimular à atividade e à autonomia, e por outro alertar para a necessidade de toda a atividade ser desenvolvida considerando as limitações do utente e as suas necessidades de supervisão e/ou assistência. O grande desafio do EEER consiste em manter o equilíbrio entre estes dois focos: a reabilitação do utente com alterações da mobilidade decorrentes de AVC e a necessidade impreterível de conservar as suas condições de segurança.

Constatei durante o meu percurso de estágio que a temática da prevenção de quedas na pessoa idosa com alterações da mobilidade decorrentes de AVC necessita de ser mais valorizada. Os primeiros passos estão a ser dados com a implementação da avaliação do risco de quedas e com a identificação dos indivíduos em risco mas há ainda muito trabalho a desenvolver para que a prevenção de quedas seja considerada parte integrante de qualquer processo de reabilitação. Assim, considero que a escolha desta problemática constituiu uma excelente oportunidade para abordar e divulgar um tema atual e pertinente, com forte impacto social, e que me permitiu articular as aprendizagens adquiridas ao longo do percurso académico, com os contextos da prática de cuidados. Todavia existe a necessidade de que mais investimento seja feito nesta área pelos EEER de modo a que o conhecimento seja consolidado e difundido.

Verifiquei também, ao longo do meu estágio, que a articulação entre os distintos contextos de cuidados é ainda deficitária no que se refere aos cuidados de enfermagem de reabilitação. Este é um fator que dificulta e, muitas vezes, inibe a continuidade dos mesmos à pessoa com AVC, comprometendo o seu processo de reabilitação e consequentemente a promoção da sua autonomia. O processo de reabilitação “(...) só é exequível se o Enfermeiro desenvolver um trabalho em equipa concertado, integrado e pró-activo (...)” que deverá primar pela “(...) cooperação, inter-relação, empenho, sinergismo de esforços para se atingir o mesmo objectivo: a maximização da autonomia, com ganhos de funcionalidade e de bem-estar da pessoa com AVC” (MENOITA et al, 2012, p.196). Esta é, sem dúvida, uma realidade e uma preocupação que passará a integrar a minha atuação enquanto enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, pelo que procurarei, no meu contexto de cuidados, dar visibilidade à intervenção especializada, no seio da equipa multiprofissional, bem como promover a sua continuidade.

A temática da “Prevenção de quedas na pessoa idosa com alterações da mobilidade decorrentes de AVC” foi ponderada e fundamentada no projeto de formação desenvolvido previamente ao estágio e apresenta uma relevância comprovada cientificamente. Todavia a convergência, num mesmo projeto, de três focos de atenção tão fortes como são a prevenção de quedas, a pessoa idosa e o AVC complexificou a abordagem da temática. A enfermagem não é uma ciência exata e a existência de múltiplas variáveis que se entrecruzam e influenciam foi

difícil de gerir. A sugestão vai para que em novas abordagens desta temática se simplifique.

A opção pela realização de estágio em três contextos diferentes e pela prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação a utentes muito diversos foi, sem dúvida, importante e enriquecedora, contudo também me trouxe algumas dificuldades no que respeita à gestão da informação e do conhecimento adquirido. Talvez a manutenção de um foco de atenção mais restrito pudesse ter sido facilitador e me permitisse aprofundar mais, alguns aspetos da temática central, como a intervenção do EEER na prevenção de quedas no contexto da comunidade e a educação para a saúde.

O exercício da especialização em enfermagem de reabilitação exige do EEER um conjunto de competências que lhe possibilitam, em contexto de prática clínica, mobilizar conhecimentos e desenvolver intervenções que permitam “ (...) ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência” (OE, 2010b, p.1). A sua intervenção não é linear e apela à capacidade de articulação de vários saberes.

Este percurso de formação permitiu-me a aquisição de competências técnicas, científicas e relacionais especializadas na área da enfermagem de reabilitação. Contribuiu para o meu desenvolvimento pessoal, apelando às capacidades de análise, reflexão e sistematização. E mudou a minha visão da pessoa com necessidades especiais, deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação. Onde antes apenas via problemas, dificuldades e limitações, hoje consigo ver, opções, recursos, estratégias e soluções.

A minha ação foi e procurará sempre ser pautada por uma visão holística, de quem acompanha a pessoa no seu caminho e projeto de vida, respeitando a sua individualidade e o valor da vida humana, proporcionando assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida. Este percurso de aquisição de competências potenciou em mim o desenvolvimento das capacidades de reflexão e análise, trouxe-me a capacidade de avaliar as situações com outra serenidade, disponibilidade e segurança o que se reflete na minha prática de cuidados diária.

Com este relatório encerro um capítulo neste meu percurso de formação mas não se esgotam nestas páginas a profundidade, a riqueza e a intensidade das

---

situações vividas neste período. Considero ter atingido os objetivos a que me propus, nomeadamente, prestando cuidados de enfermagem de reabilitação, baseados no conhecimento e evidência científica, tendo em vista a otimização e/ou a reeducação das funções perdidas ou diminuídas, promovendo a independência e capacitando a pessoa para a sua reinserção familiar e na comunidade. A oportunidade de desenvolver e pôr em prática os conhecimentos teóricos, assim como a possibilidade de consolidar e adquirir novos saberes foram um desafio superado e traduziram-se na aquisição e aplicação de competências em enfermagem de reabilitação.

Ao refletir sobre a reabilitação como arte do cuidar, concentro-me na missão apaixonante e envolvente desta especialidade: ajudar as pessoas a criarem um modo de vida que lhes faça sentido e que seja compatível com a situação vivenciada no presente... orientar, identificar recursos úteis para a pessoa/família, ajudar a analisar, a prevenir e a gerir obstáculos. Passo a passo fui aplicando este princípio, na realidade vivida ao longo do estágio. Tomei consciência do que é ser perita numa área, ao observar os EEER, o seu dinamismo, a mobilização de saberes, a competência materializada numa prática de cuidados organizados em função da singularidade de cada pessoa/família, a gestão dos cuidados, bem como a partilha de conhecimentos na equipa de saúde. E pretendo agora transpor esta aprendizagem para a prática tornando-me num elemento ativo e de referência para os pares na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, no meu contexto de cuidados.

A problemática da prevenção de quedas não será esquecida e é minha intenção continuar a desenvolver conhecimento nesta área e contribuir para a implementação, em curso, de um protocolo de prevenção de quedas no serviço de ortopedia e traumatologia onde desenvolvo a minha atividade enquanto enfermeira de cuidados gerais. E onde brevemente assumirei também a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação como EEER.



**BIBLIOGRAFIA**

- APRILE, Irene [et al] (2008). Effects of rehabilitation on quality of life in patients with chronic stroke. **Brain injury**, 22 (6), 451-456.
- BATCHELOR, Frances [et al] (2010). What Works In Falls Prevention After Stroke?: A Systematic Review And Meta-Analysis. **Stroke**. USA. Vol.41 (Agosto 2010). Pág. 1715-1722.
- BENNER, Patricia (2001). **De Iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto. ISBN 972-8535-97-X.
- BRANCO, Teresa; SANTOS, Rui (2010). **Reabilitação da Pessoa com AVC**. Coimbra: Formasau. ISBN:978-989-8269-09-6.
- CAMPBELL, Grace; MATTHEWS, Judith (2010). An Integrative Review of Factors Associated With Falls During Post-Stroke Rehabilitation. **Journal of Nursing Scholarship**. Vol.42, Nº4 (Agosto 2010). Pág. 395-404.
- CARVALHINHO, Teresa; PONTES, Manuela (2009). Reabilitação domiciliária em pessoas que sofrem um acidente vascular cerebral. **Revista da Faculdade de Ciências da Saúde**, 140-150. ISBN: 1646-0480.
- CARVALHO, Marta (2009). Doença Vascular Cerebral. In: SÁ, Maria José (coord.). **Neurologia Clínica: Compreender as Doenças Neurológicas**. Lisboa: Edições Universidade Fernando Pessoa, 2009. ISBN: 978-989-643-034-4. Pág. 167-209.
- COSTA, Alice [et al] (2010). Identificação do Risco de Quedas em Idosos Após Acidente Vascular Encefálico. **Esc. Anna Nery**. Vol.14, Nº4 (Outubro-Dezembro, 2010). Pág. 684-689.
- CZERNUSZENCO, Anna; CZLONKOWSKA, Anna (2009). Risk factors for falls in stroke patients during inpatient rehabilitation. **Clinical Rehabilitation**. Vol.23, Nº2. Pág.176-188.
- Decreto-lei nº101/2006. **D. R. – I Série A**. 109 (06-06-06) 3856-3865.

- 
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2010). **Acidente Vascular Cerebral – Itinerários Clínicos**. Lisboa: Lidel. ISBN 978-972-757-661-6
  - ESO (2012) disponível em: [http://www.eso-stroke.org/faq\\_02.php?cid=8#q8](http://www.eso-stroke.org/faq_02.php?cid=8#q8)  
Acedido em 23/07/2012.
  - FERRO, José (2006). Acidentes Vasculares Cerebrais. In: FERRO, José; PIMENTEL, José (coord.). **Neurologia: Princípios, Diagnóstico e Tratamento**. Lisboa: Lidel, 2006. ISBN:978-972-757-368-4. Pág.77-87.
  - HEITOR, M. C. et al (1989): **Reeducação Funcional Respiratória**. 2ª Edição Lisboa. Boehringer Ingelheim.
  - HESBEEN, Walter (2003). **A Reabilitação: Criar novos caminhos**. Loures: Lusociência, ISBN 978-972-8383-43-5.
  - HOEMAN, Shirley (2000). **Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo**. 2ª edição. Loures: Lusociência. ISBN:972-8383-13-4.
  - INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA (2012). **Estatísticas Demográficas 2010**. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. ISBN: 978-989-25-0115-4.
  - JOHNSTONE, Margaret (1979). **Restauração da função motora no paciente hemiplégico**. São Paulo: Editora Manole.
  - MACKAY, Judith; MENSAH, George (2004). **The Atlas of Heart Disease and Stroke**. Genebra: Organização Mundial de Saúde. ISBN: 92-4-156276-8.
  - MACKINTOSH, S.F.H et al (2005). Falls and injury prevention should be part of every stroke rehabilitation plan. **Clinical Rehabilitation**, 19, 441-451.
  - MARTINS, Teresa (2006). **Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de Vida e Bem-estar dos Doentes e Familiares Cuidadores**. Coimbra: Formasau. ISBN: 972-8485-65-4.
  - MELEIS, A. (2010). **Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice**. Springer Publishing Company. ISBN: 978-0-8261-0535-6.
-

- 
- MENOITA, Elsa (2012). **Reabilitar a pessoa idosa com AVC – Contributos para um envelhecer resiliente**. Lisboa: Lusociência. ISBN:978-972-8930-78-3
  - MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004). **Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
  - OLIVEIRA, Ana Raika [et al] (2011). Condutas para a prevenção de quedas de pacientes com Acidente Vascular Encefálico. **Rev. enferm.** Rio de Janeiro. Vol.19, Nº1 (Janeiro/Março 2011). Pág. 107-113.
  - ORDEM DOS ENFERMEIROS (2005). **CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão 1**
  - ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010a). **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
  - ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010b) – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
  - ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2009). **Caderno temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional**. Lisboa.
  - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2002). **Active Ageing: A Policy Framework**. Madrid: Organização Mundial de Saúde.
  - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2004). **What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls?**. Health Evidence Network.
  - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2007). **WHO global report on falls prevention in older age**.
  - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2012). **Policies and priority interventions for healthy ageing**.
  - PETRONILHO, Fernando (2007). **Preparação do Regresso a Casa**. Coimbra: Formasau. ISBN: 978-972-8485-91-7.
-

- PRIMO, Camilo [et al] (2012). Equilíbrio e funcionalidade em indivíduos acometidos por acidente vascular encefálico: revisão de literatura. **EFDeportes.com Revista Digital**. Buenos Aires. Nº166 (Março, 2012). Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd166/equilibrio-e-funcionalidade-em-acidente-vascular-encefalico.htm>
- ROPER, Nancy; LOGAN, Winifred; TIERNEY, Alison (2001). **O Modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney**. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 978-972-796-013-8.
- RUBENSTEIN, Laurence Z. (2006). Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. **Age and Ageing**. Vol.35-S2. Pág. ii37-ii41.
- SEQUEIRA, Carlos (2010). **Cuidar de Idosos com dependência Física e Mental**. Lisboa: Lidel. ISBN: 978-972-757-717-0
- SIMPSON, Lisa; MILLER, William; ENG, Janice (2011). Effect of Stroke on Fall Rate, Location and Predictors: A Prospective Comparison of Older Adults with and without Stroke. **PLoS ONE**. Vol.6, Nº4 (Abril 2011): e19431.
- TRUELSEN, T. [et al] (2006). Stroke incidence and prevalence in Europe: a review of available data. **European Journal of Neurology**. Genebra. Vol.13 (Junho 2006). Pág. 581-598.
- VENTURA, Maria Clara (2000). Influência do Hemisfério Afectado na Reabilitação do Doente com Acidente Vascular Cerebral. **Referência**. Nº5 (Novembro, 2000). Pág. 17-24.
- WEERDESTTEYN, Vivian [et al] (2008). Falls in individuals with stroke. **Journal of Rehabilitation Research & Development**. Vol.45, Nº8 (Março 2008). Pág. 1195-1214.

## APÊNDICES

## **APÊNDICE I**

### **Projeto de Formação**

3º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular de Opção II

***Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa  
com Alterações da Mobilidade  
Decorrentes de AVC***

- Projecto de Formação -

**Autor:**

Cinira Gonçalves dos Passos

LISBOA

2012

"Seja a mudança que você quer ver no mundo"

Gandhi



## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Actividade de Vida Diária

AVD's – Actividades de Vida Diária

DVC - Doença Vascular Cerebral

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESO – European Stroke Organization

MS – Ministério da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

## ÍNDICE

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. INTRODUÇÃO.....</b>  | <b>5</b>  |
| <b>2. JUSTIFICAÇÃO DO TEMA .....</b>                                 | <b>7</b>  |
| <b>3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>                                | <b>11</b> |
| <b>3.1 Consequências do AVC e o aumento do risco de quedas.....</b>  | <b>11</b> |
| <b>3.2 Contributos da investigação .....</b>                         | <b>13</b> |
| <b>3.3 Intervenção do EEER na prevenção de quedas.....</b>           | <b>16</b> |
| <b>3.4 Referencial teórico .....</b>                                 | <b>18</b> |
| <b>4. COMPETÊNCIAS, OBJECTIVOS E ACTIVIDADES A DESENVOLVER .....</b> | <b>21</b> |
| <b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>                                  | <b>24</b> |
| <b>BIBLIOGRAFIA .....</b>  | <b>25</b> |
| <b>ANEXOS .....</b>  | <b>29</b> |
| <b>ANEXO I – Guião de Entrevista.....</b>                            | <b>30</b> |
| <b>ANEXO II – Locais de Estágio .....</b>                            | <b>32</b> |
| <b>ANEXO III – Planeamento de Actividades.....</b>                   | <b>34</b> |
| <b>ANEXO IV – Cronograma de Ensino Clínico.....</b>                  | <b>42</b> |
| <b>ANEXO V – Apresentação do Projecto de Formação .....</b>          | <b>44</b> |

## 1. INTRODUÇÃO

O presente documento surge no âmbito da unidade curricular de Opção II do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e pretende ser o projecto de formação que me conduzirá no desenvolvimento de competências de enfermagem de reabilitação, ao longo do estágio, em diversos contextos.

O projecto é um instrumento metodológico que permite o planeamento do trabalho através da definição de estratégias e acções tendo em vista a resolução de um determinado problema, previamente definido. Para Castro e Ricardo (2002, p.11) “transformar um problema em projecto e concretizá-lo é, em última análise, o objectivo da pedagogia de projecto.” Alarcão (1993, p.22) vai mais longe e refere que “a noção de projecto (...) parte do princípio de que a vida é acção e é na interacção entre a acção e o pensamento que o indivíduo aprende e se forma.” Também na enfermagem se pretende que da interacção entre a acção e a reflexão surjam novas aprendizagens e competências. Deste modo, a utilização da metodologia de projecto constitui uma forma de envolvimento no meu próprio processo de aprendizagem e na concepção do projecto de formação que inspira as actividades que me conduzirão à aquisição de novas competências.

Assim, este projecto visa o planeamento de actividades a concretizar em estágio com vista à resolução de um problema que me permitirá o desenvolvimento de competências no domínio específico da enfermagem de reabilitação. Este processo permitir-me-á ainda adquirir capacidades de compreensão, análise e crítica, essenciais à evolução da profissão/disciplina de enfermagem e, neste contexto, à minha evolução pessoal e profissional enquanto enfermeira.

A problemática que me proponho aprofundar com a elaboração e concretização deste projecto surge da minha prática quotidiana de cuidados no serviço de Ortopedia e Traumatologia do Centro Hospitalar de Torres Vedras. São cada vez mais os utentes que nos chegam na sequência de quedas e que apresentam alterações da mobilidade decorrentes de acidente vascular cerebral. São múltiplos os factores que contribuem para o aumento do risco de quedas, sobretudo em pessoas idosas, e a existência de alterações da mobilidade decorrentes de AVC é, sem dúvida, um desses factores.

Todavia, o nosso foco de atenção tende a direccionar-se para a queda e para os seus efeitos nefastos imediatos, sendo, por vezes, subvalorizadas as causas subjacentes ao acontecimento queda. Assim, também a reabilitação da pessoa que sofreu uma queda é, muitas vezes, direccionada para as suas consequências, como são exemplo as fracturas, não tendo acção sobre a causa que a precipitou, o que pode determinar a nova ocorrência de quedas pelo mesmo factor causal.

A continuidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa acometida por AVC é essencial e deve ser uma realidade, independentemente do contexto em que esta se encontre. Logo, o desenvolvimento de estratégias e intervenções que permitam, à pessoa com alterações da mobilidade decorrentes de AVC, prevenir a ocorrência de quedas e as lesões subsequentes, deve também ser uma preocupação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), tornando-se fundamental que este desenvolva conhecimentos e competências nesta área específica da reabilitação.

É com base nestes pressupostos e procurando dar resposta a esta realidade actual e inquietação pessoal que pretendo desenvolver o meu projecto de formação subordinado ao tema: ***“Prevenção de quedas na pessoa idosa com alterações da mobilidade decorrentes de AVC”***, tendo como finalidade prevenir a ocorrência de quedas e as incapacidades subsequentes na pessoa idosa com alterações da mobilidade decorrentes de AVC. Para tal, defini como objectivos gerais: **Desenvolver competências na área da enfermagem de reabilitação à pessoa com AVC; e Promover a autonomia da pessoa idosa com alterações da mobilidade decorrentes de AVC.**

Estruturalmente, este documento é composto por cinco capítulos fundamentais: inicia-se com a presente introdução; seguindo-se a justificação do tema, onde são referidas as razões e inquietações que levaram à escolha da temática; no terceiro capítulo, o enquadramento teórico, aborda os conceitos considerados necessários à compreensão da problemática; de seguida, são apresentados os objectivos, competências e actividades a desenvolver em estágio; e por último, são concretizadas algumas considerações finais sendo dado enfoque aos aspectos mais relevantes deste projecto.

## **2. JUSTIFICAÇÃO DO TEMA**

O envelhecimento demográfico mundial verificado no último século, consequência da diminuição das taxas de natalidade e de mortalidade, é um facto. Em quase todos os países, a proporção de pessoas idosas está a crescer mais rapidamente do que qualquer outro grupo populacional.

Segundo a OMS (2012), a população europeia está a envelhecer rapidamente sendo a idade média na europa a mais elevada de todo o mundo. Prevê-se que a proporção de pessoas com 65 ou mais anos aumente de 14% em 2010 para 25% em 2050. Nas próximas décadas, todos os países da união europeia registarão um aumento da percentagem de pessoas idosas e uma redução significativa das pessoas jovens e das pessoas em idade activa.

Em Portugal, a tendência de envelhecimento da população, observada nas últimas décadas, tem vindo a acentuar-se, verificando-se o aumento da população idosa que representava 18,2% da população, em 2010 (INE, 2012).

O aumento da esperança média de vida, consequência da evolução dos processos terapêuticos na área da saúde, do desenvolvimento de técnicas mais sofisticadas e de fármacos mais eficazes, assim como da melhoria das condições socioeconómicas, é hoje perspectivado como uma importante conquista das sociedades actuais. Contudo, o aumento significativo de pessoas com doenças crónicas, incapacidades e em situação de dependência, que decorre desta nova realidade, coloca-nos desafios significativos no que concerne à necessidade de criar respostas de saúde adequadas à crescente procura de cuidados por parte destas pessoas (PETRONILHO, 2007). A adaptação da sociedade de modo a maximizar a saúde e capacidade funcional das pessoas idosas tanto quanto a sua participação e segurança é uma necessidade (MS, 2004).

Não sendo, por si só, um problema mas parte natural do ciclo de vida do Homem, o envelhecimento traz-nos novas realidades para as quais é necessário estar preparado. O aumento da longevidade constitui um desafio imenso para a saúde e para a prestação de cuidados. Para a saúde, porque esta assume lugar de destaque enquanto recurso adaptativo essencial ao envelhecimento normal, e para a prestação de

cuidados porque a ancianidade pressupõe um maior risco de doença/incapacidade ao qual está associada uma maior necessidade de cuidados (SEQUEIRA, 2010).

Deste modo, parece não haver dúvidas que as pessoas idosas constituem uma percentagem significativa e crescente da população mundial e que existe uma relação directa entre o avançar da idade e a susceptibilidade à doença e à incapacidade (SEQUEIRA, 2010; OMS, 2004).

O AVC é das patologias com maior prevalência entre os idosos. É considerada, em todo o mundo, como uma importante causa de mortalidade, internamento hospitalar e incapacidade (OLIVEIRA et al, 2011). Segundo Mackay e Mensah (2004), anualmente, 15 milhões de pessoas no mundo sofrem um AVC. Destas, 5 milhões morrem e outros 5 milhões ficam com incapacidades permanentes, com todas as implicações que estas situações comportam para a pessoa, sua família e para a comunidade. Já em 2008, de acordo com a OMS, o AVC e outras doenças cerebrovasculares foram a segunda principal causa de morte no mundo, sendo responsáveis por 6,15 milhões de mortes, o equivalente a 10,8% de todas as mortes.

Na Europa, as projecções apontam para que a proporção de população com 65 ou mais anos, na qual ocorre a maioria dos AVC, deverá aumentar significativamente nas próximas décadas. Por outro lado, estima-se que a população europeia irá diminuir de 728 milhões em 2000 para 705 milhões em 2050, o que se traduzirá num aumento do rácio de dependência, com menos jovens a apoiar uma proporção crescente de idosos dependentes (TRUELSEN et al, 2006). Este será um tremendo desafio para as sociedades e sistemas de saúde.

Em Portugal, à semelhança de muitos países ocidentais, a Doença Vascular Cerebral, na qual se inclui o AVC, é a primeira causa de morte (DGS, 2010) e atingiu em 2009 os 31,9% de todos os óbitos observados (INE, 2012). A incidência do AVC está a diminuir em muitos países desenvolvidos, este facto deve-se fundamentalmente ao melhor controlo da hipertensão arterial e às políticas antitabágicas, todavia o número absoluto de AVC continua a aumentar devido ao envelhecimento da população (MACKAY e MENSAH, 2004). Apesar da tendência decrescente que se tem vindo a verificar na mortalidade por DVC também no nosso país, Portugal é ainda o país da União Europeia com a taxa de mortalidade mais elevada para esta causa de morte.

O AVC é igualmente responsável por um elevado número de internamentos hospitalares e é ainda uma importante causa de incapacidade permanente. A incapacidade e complicações causadas pelo AVC variam e dependem da localização da lesão, da extensão do cérebro que é afectada e da condição de saúde prévia da pessoa (MARTINS, 2006). As consequências do AVC incluem prejuízos físicos, cognitivos e psicológicos que se repercutem na funcionalidade dos indivíduos e na sua qualidade de vida (PRIMO et al, 2012; BATCHELOR et al, 2010).

As quedas são uma complicação comum imediatamente após o AVC bem como durante toda a vida do paciente após o mesmo. A investigação tem demonstrado consistentemente a elevada ocorrência de quedas em indivíduos com antecedentes de AVC (WEERDENSTEIN et al, 2008).

As quedas não fazem parte do processo natural de envelhecimento, nem podem ser atribuídas directamente a este, contudo está descrito que com o avançar da idade aumenta também o risco de queda e das lesões subsequentes (RUBENSTEIN, 2006; OMS, 2004). Segundo a OMS (2007), entre 28 e 35% das pessoas com 65 ou mais anos sofrem quedas a cada ano. Estas percentagens aumentam para entre 32 e 42% se considerarmos os idosos com mais de 70 anos. Parece ainda haver relação entre a frequência das quedas, o aumento da idade e o grau de debilidade da pessoa (OMS, 2007). Ainda de acordo com a OMS (2007) os idosos que vivem em instituições caem mais que os idosos que vivem na comunidade, sendo que entre 30 e 50% dos idosos que vivem em instituições de cuidados de longa duração caem em cada ano e 40% destes sofrem quedas recorrentes.

A ocorrência de quedas é considerada um problema de saúde pública, não só pelas consequências que daí advêm para a pessoa idosa mas também pelo impacto que têm ao nível socioeconómico. As quedas são o acidente doméstico mais grave e frequente entre os idosos, requerendo, em muitas situações, assistência médica. São a causa subjacente de 10% a 15% de todas as consultas aos serviços de emergência e uma das principais razões para a admissão no hospital, sendo responsáveis por mais de 50% das hospitalizações, relacionadas com ferimentos, ocorridas entre as pessoas com mais de 65 anos de idade. (OMS, 2007, 2004). As principais causas de hospitalização por lesões decorrentes de quedas são: a fractura do colo do fémur, o traumatismo crânio encefálico e as lesões dos membros superiores (OMS, 2007).

De acordo com dados da OMS (2007), a duração dos internamentos por lesões decorrentes de quedas é variável, contudo é superior à duração dos internamentos relacionados com outros ferimentos e no caso das fracturas do colo do fémur, os internamentos estendem-se por períodos maiores. Com o envelhecimento e o aumento da fragilidade, os idosos têm probabilidade de ficar hospitalizados, após uma lesão causada por uma queda, para o resto da sua vida. Após as quedas, 20% morrem no período de um ano depois da fractura do colo do fémur. Adicionalmente, as quedas podem também resultar em síndrome pós-queda, que inclui dependência, perda de autonomia, confusão, imobilização e depressão, que levarão a restrições ainda maiores nas actividades diárias (OMS, 2007).

Na minha prática diária, num serviço de Ortopedia e Traumatologia, são inúmeros e frequentes os internamentos de pessoas idosas por fracturas associadas a quedas. Embora não tenha encontrado dados estatísticos relativos ao número de idosos que são internados, neste serviço de Ortopedia e Traumatologia, por fractura na sequência de queda relacionada com alterações da mobilidade decorrente de AVC, é convicção dos peritos e Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Reabilitação do serviço, que este número tem vindo a aumentar, havendo a necessidade de direccionar os cuidados de enfermagem de reabilitação a esta realidade.

Assim, e considerando os dados demográficos e epidemiológicos acima referidos, podemos dizer que a prevenção de quedas na pessoa idosa com alterações da mobilidade decorrentes de AVC se assume, no nosso contexto, como uma problemática de relevância para a prática de cuidados.

Foi da observação, na prática, desta problemática e das necessidades que dela decorrem que surgiu a inquietação que me leva, hoje, a procurar desenvolver o meu projecto de formação subordinado ao tema “Prevenção de quedas na pessoa idosa com alterações da mobilidade decorrentes de AVC”. Os meus objectivos são: desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações da mobilidade decorrentes de AVC de modo a poder promover a sua autonomia AVC e assim prevenir as quedas e a incapacidade subsequentes.



### **3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

#### **3.1. Consequências do AVC e o aumento do risco de quedas**

O AVC é definido como uma doença neurológica de instalação súbita e progressão rápida, caracterizada por sintomas e sinais focais devidos a perda de função cerebral de causa vascular (CARVALHO, 2009; FERRO, 2006). Este, “ocorre quando parte do cérebro é subitamente danificada ou destruída, devido a uma interrupção, ou bloqueio da irrigação sanguínea.” (MARTINS, 2006, p.11).

O AVC é a principal causa de morte em Portugal e uma importante causa de incapacidade e dependência nas pessoas idosas. O seu prognóstico tem evoluído favoravelmente, muito por conta dos avanços médicos que possibilitam a sobrevivência a lesões que no passado seriam fatais, no entanto, esta sobrevivência faz-se acompanhar de sequelas que usualmente dificultam o quotidiano das pessoas afectadas. Como afirma Ventura (2000, p.17)

“ (...) o acidente vascular cerebral é uma patologia do foro neurológico em que a maioria das pessoas afectadas sobrevive com vários graus de incapacidade o que representa um desafio em termos de reabilitação, se considerarmos os problemas motores, sensoriais e cognitivos que estes doentes podem apresentar.”

Martins (2006) reforça esta ideia referindo que muitas das pessoas que sobrevivem a um AVC experienciam um longo processo de recuperação e adaptação às novas circunstâncias.

Segundo Branco e Santos (2010) as consequências do AVC que conduzem a deficiências, incapacidades e desvantagens prendem-se fundamentalmente com alterações motoras, alterações da função sensorial, alterações da função perceptiva, alterações do comportamento, dificuldade na alimentação e alterações da eliminação. De todas as alterações provocadas pelo AVC, sobressaem as alterações motoras, por um lado, porque são as mais expressivas visualmente e mais vulgarmente difundidas, e por outro, pelo impacto que têm sobre a capacidade de desempenho das actividades de vida diária (AVD's) da pessoa.

Todavia, para além das inúmeras alterações da função física características do AVC, podem ainda ocorrer reacções emocionais e comportamentais que, pelo seu impacto

devastador, predispõem a pessoa a graves riscos de saúde e bem-estar. Segundo Martins (2006, p.26) “ a grande maioria dos sujeitos vê a sua actividade social drasticamente alterada e reduzida após AVC.”

De acordo com dados da ESO (2012), duas semanas após a ocorrência de um AVC, 60% das pessoas necessitam de algum grau de assistência na actividade diária. Os défices são frequentes sendo que 70-80% dos indivíduos têm hemiparésia, 70-80% tem problemas de locomoção, 60-75% défices de percepção visual, 55% disartria, 40% depressão, 20-35% afasia, 15-35% disfagia e 10-20% alterações da memória recente.

Entre as sequelas mais comuns, observadas nos indivíduos acometidos por AVC, destacam-se as relacionadas com a alteração da mobilidade, muitas vezes, responsáveis pelo aumento do risco de quedas nestas pessoas (OLIVEIRA et al, 2011).

As quedas são definidas pela OMS (2007) como o deslocamento inadvertido do corpo para o chão ou para um nível inferior à sua posição inicial, excluindo as mudanças de posição intencionais para apoio em móveis, paredes ou outros objectos. Estas acontecem por incapacidade de correcção da trajectória do corpo, em tempo útil, e são determinadas por circunstâncias multifactoriais que comprometem a estabilidade postural.

Existem factores considerados determinantes para o aumento do risco de quedas. A OMS (2007) organiza estes factores em quatro categorias diferentes: factores de risco biológicos, comportamentais, ambientais; e socioeconómicos. Os factores de risco biológicos compreendem as características particulares dos indivíduos, como a idade, o género ou a raça, e o seu estado de saúde e bem-estar, podendo ser considerados factores de risco biológico: o declínio das capacidades físicas, cognitivas e afectivas associadas ao envelhecimento e as comorbilidades relacionadas com as doenças crónicas (e.g. osteoporose, doença de Parkinson, AVC). Os factores de risco comportamentais incluem aqueles relacionados com a acção humana, as emoções e as escolhas diárias, como são: a ingestão de medicação múltipla, o consumo excessivo de álcool, o sedentarismo, e o uso de calçado inadequado. São factores de risco ambientais, os relacionados com as condições físicas do meio envolvente onde ocorrem as interacções, tais como os perigos domésticos (e.g. tapetes, obstáculos à passagem, etc.) e as características perigosas do ambiente público (e.g. iluminação

insuficiente, passeios estreitos e irregulares, etc.). Os factores socioeconómicos são aqueles que se relacionam com as condições sociais e com o estatuto económico dos indivíduos assim como com a capacidade que a comunidade tem para os enfrentar. Estes factores incluem: os baixos recursos financeiros, a baixa escolaridade, o isolamento, o acesso limitado à saúde e/ou à assistência social (OMS, 2007).

Os factores de risco de quedas podem ainda ser classificados com factores de risco modificáveis, aqueles que potencialmente podem ser alterados, ou factores de risco não-modificáveis, aqueles que sendo intrínsecos à pessoa, não podem ser alterados.

De um modo geral, as quedas não resultam da presença de um factor de risco isoladamente mas da convergência e interacção de vários factores de risco em simultâneo. Segundo a OMS (2007), existe evidência de que a maioria das quedas entre as pessoas idosas está associada a factores de risco identificáveis e modificáveis e de que medidas preventivas adequadamente direccionadas a esses factores de risco mostram-se eficazes. A maioria das quedas em idosos e das lesões subsequentes resultam da combinação de factores como a idade, a condição de saúde/doença e a interacção do indivíduo com o seu ambiente social e físico (RUBENSTEIN, 2006).

As consequências de uma queda, por si só, podem ser devastadoras e representam uma grande ameaça à independência e capacidade funcional das pessoas idosas. A disfunção no equilíbrio, a perda de confiança na capacidade de mobilidade e a perda de autonomia na realização das AVD's, constituem um risco acrescido para novas quedas. No caso das pessoas idosas com alterações da mobilidade decorrentes de AVC, as quedas representam, muitas vezes, a perda das capacidades e independência que restavam após o AVC.

### **3.2 Contributos da investigação**

A procura de evidência científica nesta área tem vindo a crescer nos últimos anos, o que revela a actualidade e pertinência desta temática assim como a importância e o interesse que tem vindo a tomar no contexto actual.

Segundo Weerdesteyn et al (2008), os indivíduos acometidos por AVC têm um risco acrescido de quedas em todas as fases pós AVC. As quedas são uma preocupação pelas consequências importantes que podem ter tanto física como psicologicamente. Os indivíduos com história de AVC têm também um risco acrescido de sofrerem fracturas da anca, por um lado devido ao aumento do número de quedas a que estão expostos e por outro, devido ao facto de apresentarem perda de densidade óssea, uma complicação comum do AVC, a longo prazo. Mais ainda, os indivíduos com antecedentes de AVC, não só apresentam um maior risco de fractura da anca como também de sofrerem consequências mais severas na sua sequência. Após uma fractura da anca, apenas 38% destas pessoas recuperam a independência em termos de mobilidade, contrastando com os 69% da população em geral. Também as taxas de mortalidade duplicam nos três meses após o tratamento cirúrgico destas fracturas em indivíduos com antecedentes de AVC (WEERDESTEYN et al, 2008).

Embora as consequências físicas das quedas sejam aquelas que usualmente despertam a atenção, as consequências psicológicas das quedas podem ser igualmente significativas. Weerdesteyn et al (2008) referem que, dos indivíduos com antecedentes de AVC que sofreram quedas, muitos desenvolveram medo de cair. Este medo de cair está relacionado com défices do equilíbrio e da marcha e motiva a diminuição da actividade física e social. Este impacto psicológico e social pode ter repercussões importantes ao nível da reabilitação, na medida em que quando a pessoa cai ou tem medo de cair tende a diminuir a sua actividade/mobilidade o que condiciona um maior isolamento social e favorece o aparecimento de complicações e comorbilidades relacionadas com a imobilidade. Este ciclo vicioso pode ter como consequências um aumento das hospitalizações, da dependência, uma diminuição da qualidade de vida da pessoa e, em última análise, a sua morte, constituindo um encargo adicional também para os cuidadores da pessoa que sofreu a queda.

Czernuszenko e Czlonkowska (2009) concluíram com o seu estudo que os pacientes com graves incapacidades decorrentes de AVC recente estavam propensos a quedas durante a reabilitação. A presença de alterações da percepção visual e espacial constituiu factor de aumento do risco de quedas e a ocorrência de uma queda durante a reabilitação e ter idade superior a 65 anos foram identificados como factores de risco para a ocorrência de múltiplas quedas.

Também Simpson, Miller e Eng (2011) concluíram através do seu estudo que a ocorrência de AVC recente é um importante factor de risco de quedas. Segundo estes os autores, as pessoas que recentemente tiveram alta de unidades de reabilitação de AVC para casa têm um maior risco de sofrer quedas em suas casas que os indivíduos que não sofreram AVC. Estes achados sublinham a importância da avaliação das habitações, da educação sobre segurança em casa e sobre a modificação ambiental como parte do planeamento da alta. Neste estudo, a variável equilíbrio foi identificada como preditor de quedas entre os indivíduos com e sem história de AVC. Relativamente à variável mobilidade, a utilização de uma escala permitiu perceber que melhorar a mobilidade pode aumentar a exposição dos indivíduos a oportunidades de queda. Este achado é explicado pelos autores do estudo com o facto de uma maior mobilidade estar relacionada com uma maior exposição dos indivíduos a oportunidades de queda (SIMPSON, MILLER e ENG, 2011). Czernuszenco e Czlonkowska (2009) observaram uma situação semelhante em que o risco de quedas aumentou com o aumento da eficiência da reabilitação. No seu estudo foi ainda encontrada uma associação positiva entre a resposta à reabilitação e o aumento do risco de quedas. Os pacientes com maior ganho funcional estavam mais propensos a cair.

Campbell e Matthews (2010) na sua revisão da literatura, cujo objectivo era identificar os factores de risco de quedas em pessoas em reabilitação pós AVC, referem que a evidência disponível aponta o compromisso do equilíbrio, da percepção e do desempenho nas AVD's como factores de risco de queda durante a reabilitação pós AVC, em internamento. Para estes autores, a ocorrência de quedas entre os sobreviventes de AVC em processo de reabilitação é uma realidade conhecida por todos, assim como as consequências devastadoras que essas quedas podem ter. Identificar os indivíduos com AVC mais susceptíveis a cair é essencial à orientação de medidas preventivas adequadas, particularmente num ambiente de inerente alto risco como são as unidades de reabilitação. Prevenir as quedas é crucial e identificar os factores de risco de queda durante o período de reabilitação pós AVC irá permitir aos profissionais direccionar melhor os esforços de prevenção com as pessoas e suas famílias. (CAMPBELL e MATTHEWS, 2010)

De igual modo, um estudo exploratório realizado, por enfermeiras, em unidades de reabilitação no Brasil, cujo objectivo era identificar a ocorrência do diagnóstico “risco de quedas” em indivíduos idosos acometidos por AVC, concluiu que este diagnóstico

esteve presente na totalidade dos 73 participantes (COSTA et al, 2011). De acordo com as autoras, os factores de risco mais observados foram: força diminuída nas extremidades inferiores, mobilidade física prejudicada, dificuldades na marcha e equilíbrio prejudicado. Costa et al (2011) consideram a avaliação do risco de quedas imprescindível para a adequação das intervenções de enfermagem preventivas uma vez que acreditam que os diagnósticos de enfermagem constituem o foco dos cuidados do enfermeiro.

### **3.3 Intervenção do EEER na prevenção de quedas**

O EEER tem o conhecimento e as competências que lhe permitem tomar decisões e intervir no que se refere à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença e suas complicações, e reabilitação da pessoa com vista à maximização do seu potencial (OE, 2010b).

Segundo a OE (2010b, p.1),

“a sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e as acções preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas actividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (...)”.

A intervenção do EEER reveste-se de crucial importância e visa potenciar a recuperação e reintegração do indivíduo através da sua adaptação à nova realidade e da diminuição do impacto causado pela deficiência, incapacidades e desvantagens. (BRANCO e SANTOS, 2010; CARVALHINHO e PONTES, 2009).

Aprile et al (2008) concluem, no estudo, cujo objectivo foi avaliar o efeito da reabilitação na qualidade de vida de pacientes com AVC, que a reabilitação destes pacientes diminui a incapacidade e melhora as funções física e social. Concluem ainda que os ciclos repetidos de reabilitação são necessários à manutenção dos ganhos alcançados.

Para Carvalhinho e Pontes (2009) a reabilitação é um processo que só termina quando a pessoa se torna autónoma e independente no seu meio ambiente. Estas autoras

referem ainda que a reabilitação depende da continuidade dos cuidados e da interacção entre a equipa de saúde e o paciente. Sendo um processo singular e individual, a reabilitação pós AVC, está ainda dependente de factores, tais como: o grau de recuperação neurológica, a prevenção de complicações, a capacidade individual de aprender novas habilidades, e a motivação da pessoa, entre outras.

Segundo a DGS (2010, p.68), após a estabilização do AVC “ (...) a promoção de actividade física, adaptada às capacidades e limitações do paciente, tem um papel significativo quer em termos de qualidade de vida, quer na diminuição das complicações associadas às sequelas do AVC.”

A revisão da literatura que realizei sugere que a prevenção de quedas na pessoa idosa com alterações da mobilidade decorrentes de AVC deverá implicar por um lado a maximização do seu potencial funcional e por outro a sua capacitação para a prevenção de quedas. De seguida passarei a enumerar algumas das intervenções que a literatura científica considera serem eficazes no processo de prevenção de quedas na pessoa idosa com alterações da mobilidade.

Os estudos revelam que é imperiosa a necessidade de compreender melhor os mecanismos de acção que levam às quedas em idosos, e especificamente em idosos com alterações da mobilidade decorrentes de AVC, para que a prevenção seja uma realidade.

Rubenstein (2006) refere que as quedas estão associadas a factores de risco identificáveis e que, de acordo com dados da investigação, a identificação e minoração desses factores de risco pode diminuir significativamente o número de quedas. Considera ainda que os programas de prevenção de quedas mais eficazes implicaram a avaliação sistemática do risco de quedas e a implementação de intervenções específicas e direccionadas, de programas sistemáticos de exercício e de programas de avaliação e promoção de um ambiente seguro.

Os défices no equilíbrio e na marcha foram enunciados por Simpson, Miller e Eng (2011), Costa et al (2011) e Weerdesteyn et al (2008) como factores determinantes do risco de quedas. A evidência mostra que os programas de exercício específicos e direccionados para os défices do equilíbrio e da marcha podem, de facto, ter sucesso e reduzir o número de quedas nas pessoas com antecedentes de AVC (WEERDESTEYN



et al, 2008). Primo et al (2012) consideram também que a melhoria do equilíbrio do paciente com AVC terá como consequência uma melhoria nas actividades funcionais necessárias para a realização das AVD's. Para isso são necessários programas de reabilitação que visem o fortalecimento muscular e o treino dessas actividades funcionais.

Simpson, Miller e Eng (2011) sublinham ainda a importância da avaliação das condições da habitação e da educação para um ambiente doméstico seguro como parte importante do planeamento da alta da pessoa com AVC. Costa et al (2010) referem, no seu estudo, que podem ser implementadas medidas práticas para minimizar a ocorrência de quedas e as suas consequências nocivas nas pessoas idosas, tais como: a educação para o autocuidado, a utilização correcta de dispositivos auxiliares de marcha adequados à pessoa, a utilização criteriosa dos medicamentos, e a adaptação do ambiente em que a pessoa idosa vive. A criação de um ambiente seguro, muitas vezes, não implica grandes gastos ou mudanças radicais no âmbito familiar e pode ter grandes repercussões na autonomia e melhoria da qualidade de vida do idoso com alterações da mobilidade decorrentes de AVC.

### **3.4 Referencial teórico**

A definição de um referencial teórico é essencial para o desenvolvimento de um projecto na área da enfermagem. O referencial teórico permite o enquadramento da temática do projecto e a mobilização de contributos que justificam a sua pertinência para a profissão/disciplina de enfermagem assim como as opções e acções do enfermeiro.

Qualquer situação que implique mudança na vida de um indivíduo, seja ela previsível como o casamento, o nascimento de um filho ou a reforma, ou imprevisível como uma doença súbita, a morte de um familiar ou uma catástrofe natural, implicam que o indivíduo mobilize os recursos de suporte que lhe estejam disponíveis a fim de se reorganizar e readaptar. Este processo de passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro foi definido por Meleis (2010) como transição. De acordo com esta autora, as pessoas vivenciam, ao longo do seu ciclo de vida, um sem número de transições que podem ocorrer de forma sequencial ou em simultâneo.



Segundo Meleis (2010, p.52) as alterações na saúde/doença dos indivíduos, criam processos de transição, e clientes em transição tendem a estar mais vulneráveis aos riscos que podem afectar a sua saúde. Conhecer esses riscos pode ser importante e conseguido através da compreensão, pelo enfermeiro, dos processos de transição.

Meleis (1997), citada por Petronilho (2007, p.31), refere que os processos de transição envolvem mudanças “ (...) na condição de saúde, nas relações, nas expectativas e habilidades, requerendo por isso, que as pessoas incorporem novos conhecimentos, modifiquem comportamentos, portanto, alterem a definição do self, num novo contexto social.”

Para ultrapassar com sucesso a transição saúde/doença em que se encontra, a pessoa idosa com alterações da mobilidade decorrentes de AVC e a sua família, necessitam de adquirir conhecimentos e habilidades que lhes permitam, entre outras situações, prevenir a ocorrência de quedas. O EEER encontra-se numa posição privilegiada que lhe permite a oportunidade de “ (...) entender o próprio processo de transição e implementar intervenções que prestem ajuda efectiva às pessoas com vista a proporcionar estabilidade e sensação de bem-estar.” (PETRONILHO, 2007).

Assim e de acordo com o pensamento de Meleis (2010) à disciplina de enfermagem cabe o papel único de facilitar os processos de transição promovendo o bem-estar da pessoa e prevenindo os processos de transição insalubres.

Como refere Hesbeen (2010, p.76) “o prestador de cuidados tem por missão tentar ajudar a pessoa a criar uma maneira de viver portadora de sentido para ela e que seja compatível com a situação em que esta se encontra, seja qual for o estado do seu corpo ou a natureza da sua afecção.”

Capacitar a pessoa para a autonomia na gestão da sua própria doença deve ser, sempre que possível, o objectivo do EEER, trata-se de acompanhar a pessoa na construção do seu próprio caminho e não de obrigá-la a percorrer o nosso caminho ou o caminho que traçámos para ela (Hesbeen, 2010).

Segundo a OMS (2002), o conceito de autonomia refere-se à capacidade percebida para controlar, lidar com as situações e tomar decisões pessoais relativas ao quotidiano, de acordo com as próprias regras e preferências. Ou seja, a autonomia está

estritamente relacionada com a capacidade que cada um tem para cuidar de si próprio e realizar as suas próprias escolhas. Contudo, será importante salvaguardar que, autonomia e independência são termos complementares mas não sinónimos, sendo que a autonomia está relacionada com a capacidade da pessoa gerir a sua vida, enquanto a independência se relaciona com a capacidade de desempenho de actividades de vida diária e de autocuidado (SEQUEIRA, 2010).

As alterações da mobilidade decorrentes de AVC limitam a capacidade da pessoa se movimentar e interagir livremente com o seu meio podendo interferir com a sua independência e até condicionar a sua autonomia. Segundo a CIPE versão 1.0, as funções da mobilidade incluem a expressão de emoções, a autodefesa, a satisfação das necessidades básicas, recreativas e AVD's (OE, 2005). Segundo Roper, Logan e Tierney (2001, p.102-103) "a AVD mobilizar-se é frequentemente a primeira afectada e dado que os movimentos são necessários para desempenhar a maioria das outras actividades, isso resultará em perda da independência (...)".

A actividade de vida mobilidade está intimamente relacionada com a maior parte das outras actividades de vida e é-nos de tal forma intrínseca que o seu comprometimento ou ausência podem resultar em perturbações de ordem física, psicológica e social. Perante uma alteração na mobilidade, é de extrema pertinência uma avaliação inicial onde seja efectuada uma recolha de informação acerca do padrão normal de mobilidade da pessoa, tendo em vista a realização de um plano de intervenção individualizado.

As pessoas com AVC apresentam frequentemente alterações da mobilidade e estas repercutem-se numa grande variedade de dificuldades que podem envolver muitas das outras AVD's, tais como, a higiene e conforto e o vestir e despir. Sempre que a mobilidade se encontra comprometida e como afirmam Roper, Logan e Tierney (2001) surgem também alterações emocionais pela perda de liberdade, de independência e da sua dignidade pessoal. Compete ao enfermeiro ajudar a reestruturar a sua imagem pessoal e restituir-lhes a sua dignidade, sendo fundamental o apoio e encorajamento à família.

#### **4. COMPETÊNCIAS, OBJECTIVOS E ACTIVIDADES A DESENVOLVER**

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010a, p.2),

“especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem (...) que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”.

Para Benner (2001, p.58), o enfermeiro perito é aquele que

“ (...) tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis. (...) Age a partir de uma compreensão profunda da situação global.”

Podemos então afirmar que são os conhecimentos, as competências e a acção do enfermeiro especialista que o identificam e distinguem do enfermeiro generalista e que, na prática, o diferenciam como enfermeiro perito na sua área.

Assim, e considerando que é na prática que as competências se adquirem, o futuro EEER deve procurar desenvolver, no decorrer da sua formação, actividades que lhe proporcionam e favoreçam a aquisição dessas mesmas competências. Toda a intervenção do EEER deve estar imbuída de intensão e significado, para tal, é necessário o domínio específico da enfermagem de reabilitação.

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do EEER aprovado pela Ordem dos Enfermeiros (2010b, p.2)., o EEER:

“a) Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.”

É com base nestas premissas que a Ordem dos Enfermeiros reconhece aos EEER a idoneidade científica, técnica e humana para prestar cuidados especializados na área da reabilitação, além dos cuidados de enfermagem gerais. Será também com base nelas que realizarei o planeamento das actividades a desenvolver em estágio.

Encontrando-me a frequentar o presente curso de mestrado em enfermagem e com o objectivo de desenvolver as competências preconizadas pelo 2º Ciclo de estudos<sup>1</sup> do processo de Bolonha, procurarei também:

- Analisar e criticar o desenvolvimento do conhecimento que sustenta a prática da enfermagem;
- Desenvolver uma compreensão aprofundada do discurso contemporâneo sobre saúde, doença e cuidados/tratamentos e suas implicações na política de saúde, organização da assistência e prática dos profissionais de saúde;
- Analisar as dimensões éticas, políticas, sociais e económicas da minha prática;
- Aplicar os conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas, em diferentes áreas da prática clínica;
- Desenvolver projectos que reflectem e questionam as práticas existentes e os paradigmas ao nível da enfermagem; e
- Desenvolver processos de inovação nas práticas de cuidados.

Assim, e com o propósito de desenvolver as competências supracitas e dar resposta aos objectivos gerais deste projecto que são: **Desenvolver competências na área da enfermagem de reabilitação à pessoa com AVC e Promover a autonomia da pessoa idosa com alterações da mobilidade decorrentes de AVC**, pareceu-me pertinente a definição dos seguintes objectivos específicos que me ajudarão a definir as estratégias e actividades a desenvolver em estágio:

- Identificar as alterações da mobilidade decorrentes de AVC que concorrem para o aumento do risco de quedas;
- Compreender que necessidades de reabilitação derivam dessas alterações;
- Compreender qual pode ser o papel/intervenção do enfermeiro de reabilitação na prevenção de quedas na pessoa com sequelas de AVC;

---

<sup>1</sup> Unidade Curricular de Opção II: Aparentamentos da aula da Prof.ª Maria Antónia Rebelo Botelho.

- Desenvolver competências na área da enfermagem de reabilitação à pessoa com AVC de modo a poder responder às necessidades identificadas.

Após a realização de entrevistas (Anexo I) e considerando os objectivos deste projecto optei por realizar estágio em três locais com características bastante distintas de modo a obter uma experiência abrangente que me permita e facilite a aquisição das competências preconizadas, pela Ordem dos Enfermeiros, para o EEER.

Assim, os meus locais de estágio serão (Anexo II): a Unidade de Readaptação Funcional Respiratória do Hospital de Santa Maria (Centro Hospitalar Lisboa Norte) onde pretendo desenvolver competências específicas de reabilitação respiratória e conhecer a realidade da reabilitação respiratória ao nível hospitalar e em vários contextos de intervenção; o Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão onde poderei conhecer e compreender a dinâmica de um hospital especializado em reabilitação e desenvolver competências específicas na área da reabilitação sensoriomotora e especificamente à pessoa com sequelas de AVC; e a Unidade de Cuidados Continuados de Ericeira/Mafra do ACES VIII Sintra/Mafra onde pretendo conhecer a realidade da prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação em contexto comunitário, nomeadamente na promoção da continuidade destes cuidados. Acredito que estes locais de estágio me proporcionarão experiências diferentes mas complementares entre si e que contribuirão para o atingir dos objectivos deste projecto. A passagem pelos diferentes locais estágio decorrerá de acordo com o cronograma em anexo (Anexo IV).

Para assegurar o cumprimento dos objectivos anteriormente definidos procurei perspectivar as actividades a desenvolver, assim como definir estratégias, critérios de avaliação e recursos a utilizar. Apresento estas informações sistematizadas, e em forma de tabela, no planeamento de actividades em anexo, facilitando assim a sua compreensão (Anexo III).

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O aumento da esperança média de vida, consequência da diminuição das taxas de natalidade e mortalidade, é uma conquista do nosso tempo. Todavia, os avanços científicos que permitem que, hoje, vivamos com doenças que outrora seriam fatais, trazem-nos também novos desafios. O envelhecimento populacional e o aumento do número de pessoas que vivem com doenças crónicas e incapacidades, associados às, cada vez maiores, necessidades de cuidados que daí resultam, são uma preocupação a nível mundial.

O AVC é uma doença com elevada prevalência entre a população portuguesa e cuja expressão em termos de mortalidade e morbilidade é preocupante, sendo grande o seu impacto na pessoa, família e comunidade. As alterações da mobilidade decorrentes do AVC são potenciadoras de inúmeras limitações ao nível das AVD's comprometendo a autonomia da pessoa e contribuindo para o aumento do risco de quedas nestes indivíduos.

Esta realidade torna premente a intervenção especializada do EEER cuja intervenção pode, por um lado, maximizar o potencial funcional da pessoa idosa com alterações da mobilidade decorrentes de AVC e, por outro, capacitar a pessoa idosa com alterações da mobilidade decorrentes de AVC para a prevenção de quedas, contribuindo, deste modo, para a promoção da sua autonomia e consequentemente para a melhoria da sua qualidade de vida.

As minhas expectativas relativamente à implementação deste projecto de formação prendem-se fundamentalmente com o desenvolvimento de competências que me permitam a prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação de qualidade, no meu contexto de trabalho. Assim como, com o contributo prático que os meus cuidados possam trazer para a promoção da autonomia da pessoa idosa com alterações da mobilidade decorrentes de AVC.

Este projecto de formação constitui um instrumento de intervenção e trabalho que perspectiva o caminho a percorrer durante o ensino clínico, contudo não é um documento acabado mas sim uma previsão estruturada e antecipada das acções que pretendo desenvolver e que são passíveis de reestruturação perante o confronto com a realidade.

## BIBLIOGRAFIA

- ALARCÃO, Isabel (1993). Formar-se para formar. **Aprender** (Revista da ESE de Portalegre). Portalegre. ISSN: 0871-1267. Nº 15 (Julho 1993). Pág.19-25.
- BATCHELOR, Frances [et al] (2010). What Works In Falls Prevention After Stroke?: A Systematic Review And Meta-Analysis. **Stroke**. USA. Vol.41 (Agosto 2010). Pág. 1715-1722.
- BENNER, Patricia (2001). **De Iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto. ISBN 972-8535-97-X.
- BRANCO, Teresa; SANTOS, Rui (2010). **Reabilitação da Pessoa com AVC**. Coimbra: Formasau. ISBN:978-989-8269-09-6.
- CAMPBELL, Grace; MATTHEWS, Judith (2010). An Integrative Review of Factors Associated With Falls During Post-Stroke Rehabilitation. **Journal of Nursing Scholarship**. Vol.42, Nº4 (Agosto 2010). Pág. 395-404.
- CARVALHO, Marta (2009). Doença Vascular Cerebral. In: SÁ, Maria José (coord.). **Neurologia Clínica: Compreender as Doenças Neurológicas**. Lisboa: Edições Universidade Fernando Pessoa, 2009. ISBN: 978-989-643-034-4. Pág. 167-209.
- CASTRO, Lisete; RICARDO, Maria Manuela (2002). **Gerir o Trabalho de Projecto: Guia para a flexibilização e revisão curriculares**. 7ª Edição. Lisboa: Texto Editora. ISBN: 972-47-1725-9.
- COSTA, Alice [et al] (2010). Identificação do Risco de Quedas em Idosos Após Acidente Vascular Encefálico. **Esc. Anna Nery**. Vol.14, Nº4 (Outubro-Dezembro, 2010). Pág. 684-689.
- CZERNUSZENCO, Anna; CZLONKOWSKA, Anna (2009). Risk factors for falls in stroke patients during inpatient rehabilitation. **Clinical Rehabilitation**. Vol.23, Nº2. Pág.176-188.
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2010). **Acidente Vascular Cerebral – Itinerários Clínicos**. Lisboa: Lidel. ISBN 978-972-757-661-6

- ESO (2012) disponível em: [http://www.eso-stroke.org/faq\\_02.php?cid=8#q8](http://www.eso-stroke.org/faq_02.php?cid=8#q8) Acedido em 23/07/2012.
- FERRO, José (2006). Acidentes Vasculares Cerebrais. In: FERRO, José; PIMENTEL, José (coord.). **Neurologia: Princípios, Diagnóstico e Tratamento**. Lisboa: Lidel, 2006. ISBN:978-972-757-368-4. Pág.77-87.
- HESBEEN, Walter (2010). **A Reabilitação: Criar novos caminhos**. Loures: Lusociência, ISBN 978-972-8383-43-5.
- HOEMAN, Shirley (2000). **Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo**. 2ª edição. Loures: Lusociência. ISBN:972-8383-13-4.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA (2012). **Estatísticas Demográficas 2010**. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. ISBN: 978-989-25-0115-4.
- LOURENÇO, Júlia [et al] (2007). **Bolonha: Ensino e Aprendizagem por Projecto**. Vila Nova de Famalicão: Centro Atlântico. ISBN:978-989-615-047-1.
- MACKAY, Judith; MENSAH, George (2004). **The Atlas of Heart Disease and Stroke**. Genebra: Organização Mundial de Saúde. ISBN: 92-4-156276-8.
- MARTINS, Teresa (2006). **Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de Vida e Bem-estar dos Doentes e Familiares Cuidadores**. Coimbra: Formasau. ISBN: 972-8485-65-4.
- MELEIS, A. (2010). **Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice**. Springer Publishing Company. ISBN: 978-0-8261-0535-6.
- MELEIS, A. [et al] (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. **Advances In Nursing Science**, 23 (1), 12-28.
- MENOITA, Elsa (2012). **Reabilitar a pessoa idosa com AVC – Contributos para um envelhecer resiliente**. Lisboa: Lusociência. ISBN:978-972-8930-78-3
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004). **Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.



- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2006). **Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- OLIVEIRA, Ana Raika [et al] (2011). Condutas para a prevenção de quedas de pacientes com Acidente Vascular Encefálico. **Rev. enferm.** Rio de Janeiro. Vol.19, Nº1 (Janeiro/Março 2011). Pág. 107-113.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2005). **CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem** - Versão 1
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010a). **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010b) – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2002). **Active Ageing: A Policy Framework**. Madrid: Organização Mundial de Saúde.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2004). **What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls?**. Health Evidence Network.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2007). **WHO global report on falls prevention in older age**.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2012). **Policies and priority interventions for healthy ageing**.
- PETRONILHO, Fernando (2007). **Preparação do Regresso a Casa**. Coimbra: Formasau. ISBN: 978-972-8485-91-7.
- PRIMO, Camilo [et al] (2012). Equilíbrio e funcionalidade em indivíduos acometidos por acidente vascular encefálico: revisão de literatura. **EFDeportes.com Revista Digital**. Buenos Aires. Nº166 (Março, 2012). Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd166/equilibrio-e-funcionalidade-em-acidente-vascular-encefalico.htm>

- ROPER, Nancy; LOGAN, Winifred; TIERNEY, Alison (2001). **O Modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney**. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 978-972-796-013-8.
- RUBENSTEIN, Laurence Z. (2006). Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. **Age and Ageing**. Vol.35-S2. Pág. ii37-ii41.
- SEQUEIRA, Carlos (2010). **Cuidar de Idosos com dependência Física e Mental**. Lisboa: Lidel. ISBN: 978-972-757-717-0
- SIMPSON, Lisa; MILLER, William; ENG, Janice (2011). Effect of Stroke on Fall Rate, Location and Predictors: A Prospective Comparison of Older Adults with and without Stroke. **PLoS ONE**. Vol.6, Nº4 (Abril 2011): e19431.
- TRUELSEN, T. [et al] (2006). Stroke incidence and prevalence in Europe: a review of available data. **European Journal of Neurology**. Genebra. Vol.13 (Junho 2006). Pág. 581-598.
- VENTURA, Maria Clara (2000). Influência do Hemisfério Afectado na Reabilitação do Doente com Acidente Vascular Cerebral. **Referência**. Nº5 (Novembro, 2000). Pág. 17-24.
- WEERDESTeyN, Vivian [et al] (2008). Falls in individuals with stroke. **Journal of Rehabilitation Research & Development**. Vol.45, Nº8 (Março 2008). Pág. 1195-1214.

## **APÊNDICE II**

### **Locais de Estágio**

|   |  |
|---|--|
| <b>Local: Centro Especializado em Reabilitação</b>                |  |
| <b>Justificação da escolha:</b>                                   | <p>Conhecer a dinâmica de um hospital especializado em reabilitação;</p> <p>Desenvolver competências específicas do EEER na área da reabilitação sensoriomotora e especificamente à pessoa com sequelas de AVC;</p> <p>Desenvolver competências na prevenção de quedas na pessoa com alteração da mobilidade decorrente de AVC;</p> <p>Compreender quais os mecanismos de articulação utilizados para promover a continuidade de cuidados após a alta.</p>                                       |
| <b>Local: Equipa de Cuidados Continuados Integrados</b>           |  |
| <b>Justificação da escolha:</b>                                   | <p>Conhecer a realidade de uma unidade de cuidados continuados na prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação;</p> <p>Conhecer a realidade da pessoa no seu próprio contexto;</p> <p>Desenvolver competências específicas do EEER na área da reabilitação sensoriomotora e especificamente à pessoa com sequelas de AVC, na comunidade;</p> <p>Desenvolver competências na prevenção de quedas na pessoa com alteração da mobilidade decorrente de AVC na comunidade.</p> |
| <b>Local: Departamento de Reabilitação de um Hospital Central</b> |  |
| <b>Justificação da escolha:</b>                                   | <p>Conhecer a realidade da reabilitação respiratória ao nível hospitalar e em vários contextos de intervenção (ambulatório e internamento);</p> <p>Desenvolver as competências específicas do EEER na área da reabilitação respiratória;</p> <p>Conhecer a dinâmica de uma unidade de readaptação funcional respiratória;</p> <p>Compreender quais os mecanismos de articulação mobilizados de modo a promover a continuidade de cuidados após a alta.</p>                                       |

## **APÊNDICE III**

### **Cronograma do Estágio**

## CRONOGRAMA DE ESTÁGIO 2012 – 2013

| Meses     | Dias |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|-----------|------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| Outubro   | 1    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |    |    |    |    |    |  |
| Novembro  |      |   |   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |    |    |    |  |
| Dezembro  |      |   |   |   |   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |  |
| Janeiro   |      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |    |    |    |    |  |
| Fevereiro |      |   |   |   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |    |    |    |    |  |

### Legenda:

Departamento de Reabilitação de um Hospital Central

Centro Especializado em Reabilitação

Equipa de Cuidados Continuados Integrados

Feriados e Fins-de-semana

Férias

Elaboração do relatório de estágio

## **APÊNDICE IV**

### **Plano de Atividades**

**Objetivo geral:**

- Desenvolver competências de enfermagem de reabilitação na prestação de cuidados à pessoa com AVC;
- Promover a autonomia da pessoa idosa com alterações da mobilidade decorrentes de AVC.

| Domínios e Competências*  | Objetivos específicos  | Actividades   | CrITÉrios de Avaliação  |
|---|--|---|---|
| <p>A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.</p> <p>A2 – Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> | <p>Desenvolver uma prática profissional responsável e ética na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com AVC.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Observar a dinâmica do serviço e a intervenção e articulação dos diversos profissionais e recursos;</li> <li>▪ Estabelecer contatos informais com o enfermeiro chefe e com outros elementos da equipa, nomeadamente com o enfermeiro especialista orientador, no sentido de compreender a dinâmica funcional do serviço e a metodologia de trabalho da equipa;</li> <li>▪ Consultar e analisar de forma crítica os manuais, guias e protocolos instituídos no serviço;</li> <li>▪ Conhecer as normas e diretivas internas relacionadas com a prestação de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação;</li> <li>▪ Utilizar os instrumentos de avaliação e registo de enfermagem de reabilitação preconizados pela instituição e específicos da unidade de reabilitação;</li> <li>▪ Conhecer as características da população alvo de cuidados e os recursos disponíveis;</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Participa ativamente nas atividades do serviço e conhece a sua dinâmica;</li> <li>▪ Demonstra iniciativa para identificar elementos indispensáveis à sua prática em termos de dinâmica do serviço;</li> <li>▪ Planeia os cuidados de enfermagem e atua considerando as normas e protocolos do serviço;</li> <li>▪ Demonstra bom relacionamento com a equipa no sentido da cooperação com os elementos e especificamente com a enfermeira orientadora;</li> <li>▪ Utiliza os instrumentos de avaliação e registo usados no serviço a fim de conseguir desenvolver as melhores práticas;</li> <li>▪ Envolve a pessoa/família no processo de cuidados e na tomada de decisões;</li> <li>▪ Reúne periodicamente com o professor</li> </ul> |



Plano de Atividades – Centro Especializado em Reabilitação

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fundamentar a tomada de decisão em princípios éticos e conhecimento científico;</li> <li>▪ Envolver a pessoa/família nos processos de cuidados e tomada de decisão;</li> <li>▪ Debater com o enfermeiro supervisor e com o professor orientador situações da prática de cuidados que se mostrem geradoras de questões éticas e profissionais, de modo estruturado e que permita a análise e o encontrar de soluções;</li> <li>▪ Realizar diariamente com o enfermeiro supervisor pequenos momentos de análise das práticas que permitam identificar aprendizagens já consolidadas e necessidades de aperfeiçoamento ou correção.</li> </ul> | <p>orientador e com o enfermeiro supervisor de modo a analisar o seu percurso e as práticas desenvolvidas;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Demonstra interesse em progredir no desenvolvimento da prática especializada.</li> </ul> |
|--|--|--|--|

| <b>Domínios e Competências*</b>                    | <b>Objetivos específicos</b>   | <b>Atividades</b>   | <b>CrITÉrios de Avaliação</b>   |
|--|--|---|---|
| B3 - Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro. | Promover um ambiente seguro e centrado na pessoa, que favoreça uma relação terapêutica e de confiança baseada na responsabilidade profissional ética e | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Promover o respeito pela identidade cultural da pessoa/família;</li> <li>▪ Mostrar disponibilidade para estar com o utente e ser por ele solicitado;</li> <li>▪ Estimular o utente/família à expressão de sentimentos e preocupações;</li> <li>▪ Comunicar de forma assertiva e clara, validando as</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Demonstra e promove o respeito pela pessoa/família;</li> <li>▪ Demonstra disponibilidade quando solicitado;</li> <li>▪ Comunica de forma assertiva e clara, valida as interpretações e propostas de intervenção;</li> <li>▪ Esclarece a pessoa e estimula a sua</li> </ul> |

|  |        |   |  |
|--|--------|---|--|
|  | legal. | <p>interpretações e propostas de intervenção;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identificar as dificuldades/barreiras à comunicação;</li> <li>▪ Procurar esclarecer o utente/família, provendo-lhe toda a informação solicitada dentro dos limites éticos e legais;</li> <li>▪ Estimular à participação do utente/família nos processos de tomada de decisão;</li> <li>▪ Envolver a família/cuidador informal nos cuidados;</li> <li>▪ Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação garantindo a privacidade e confidencialidade da pessoa;</li> <li>▪ Conhecer e respeitar os procedimentos/protocolos adoptados pelos serviços do CER para os diferentes momentos da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação;</li> <li>▪ Colaborar com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação;</li> <li>▪ Promover um ambiente seguro que permita ao utente a participação nos cuidados em segurança e com um risco mínimo para a sua saúde e integridade física;</li> <li>▪ Ensinar e treinar o utente para a necessidade de cumprir princípios básicos de segurança, no seu quotidiano, para que as AVD decorram em</li> </ul> | <p>participação na tomada de decisão;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Envolve a família/cuidador nos cuidados;</li> <li>▪ O utente/família manifestam interesse na relação terapêutica;</li> <li>▪ Existe continuidade e aprofundamento na relação terapêutica;</li> <li>▪ Colabora com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados de reabilitação;</li> <li>▪ Promove a segurança do utente durante a prestação de cuidados;</li> <li>▪ Promove a aplicação dos princípios ergonómicos.</li> </ul> |
|--|--------|---|--|

Plano de Atividades – Centro Especializado em Reabilitação

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  | <p>segurança;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Utilizar os princípios ergonómicos por forma a prevenir danos pessoais que possam decorrer da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.</li> </ul> |  |
|--|--|--|--|

| Domínios e Competências*   | Objetivos específicos   | Atividades   | Critérios de Avaliação   |
|--|---|--|--|
| C 1.1 – Optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão. | Gerir os cuidados de enfermagem de reabilitação, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação da equipa multiprofissional. | <ul style="list-style-type: none"> <li>Disponibilizar acessoria aos enfermeiros e à equipa;</li> <li>Colaborar nas decisões da equipa multiprofissional;</li> <li>Intervir melhorando a informação para o processo de cuidar, os diagnósticos, a variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidar;</li> <li>Reconhecer quando negociar com ou referenciar a pessoa para outros prestadores de cuidados de saúde.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Desenvolve a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação em estreita colaboração com a equipa;</li> <li>Participa na tomada de decisões dando o seu contributo enquanto perita na sua área;</li> <li>Reconhece os limites da sua intervenção e a necessidade de intervenção de outros profissionais.</li> </ul> |

| Domínios e Competências* | Objetivos específicos | Atividades  | Critérios de Avaliação  |
|--------------------------|-----------------------|---|---|
| D1 – Desenvolve o        | Desenvolver           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Adoptar uma atitude crítica e de abertura à</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Adota uma atitude crítica e demonstra</li> </ul> |

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| autoconhecimento e a assertividade.  | capacidades de reflexão e autocrítica relativamente ao desenvolvimento pessoal e profissional na aquisição de competências. | <p>crítica construtiva que permita o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reunir periodicamente com o enfermeiro supervisor e com o professor orientador de modo a identificar aspetos a melhorar na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação;</li> <li>▪ Elaborar um jornal de aprendizagem que permita a descrição de situações vividas na prática de cuidados, a expressão de sentimentos e emoções assim como a sua sistematização e análise, a consolidação de aprendizagens e a identificação de aspetos a melhorar;</li> <li>▪ Utilizar o jornal de aprendizagem e as reuniões com os enfermeiros supervisor e orientado como forma de desenvolvimento da prática reflexiva e consolidação de aprendizagens;</li> <li>▪ Realizar periodicamente uma avaliação do percurso efetuado confrontando-o com o plano de atividades estabelecido e realizando os ajustes necessários para responder aos objetivos.</li> </ul> | <p>abertura para corrigir erros e evoluir;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Desenvolve a prática reflexiva através da elaboração de um jornal de aprendizagem;</li> <li>▪ Discute periodicamente com o enfermeiro supervisor e com o professor orientador acerca de situações da prática e procura aperfeiçoar a sua intervenção em função da análise realizada.</li> </ul> |
| D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de | Adquirir/aprofundar conhecimentos que permitam a fundamentação das  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realizar pesquisa bibliográfica sobre a reabilitação do utente com AVC e outras temáticas que se mostrem pertinentes;</li> <li>▪ Utilizar a evidência científica, produzida pela</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realiza pesquisa bibliográfica;</li> <li>▪ Utiliza a evidência científica, produzida pela investigação, para sustentar a prática clínica na área da enfermagem de</li> </ul>   |

Plano de Atividades – Centro Especializado em Reabilitação

|               |   |   |   |
|---------------|---|---|---|
| conhecimento. | intervenções e tomadas de decisão no exercício dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. | <p>investigação, para sustentar a prática clínica na área da enfermagem de reabilitação;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rentabilizar, em contexto de trabalho, as oportunidades de aprendizagem e formação na área da especialidade;</li> <li>▪ Participar nas reuniões da equipa multidisciplinar;</li> <li>▪ Colaborar com o enfermeiro supervisor na prestação de cuidados especializados;</li> <li>▪ Esclarecer dúvidas e debater situações clínicas com o enfermeiro supervisor e com o professor orientador.</li> </ul> | <p>reabilitação;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tem iniciativa e procura rentabilizar as oportunidades de aprendizagem e formação na área da especialidade;</li> <li>▪ Participa nas reuniões da equipa multidisciplinar;</li> <li>▪ Esclarece dúvidas com o enfermeiro supervisor e com o professor orientador.</li> </ul> |
|---------------|---|---|---|

| <b>Domínios e Competências*</b>   | <b>Objetivos específicos</b>  | <b>Atividades</b>   | <b>Critérios de Avaliação</b>   |
|---|---|---|---|
| J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados. | Avaliar a funcionalidade e identificar as alterações que determinam limitações da atividade passíveis de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação à pessoa com AVC. | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avaliar a pessoa e o seu contexto através da realização de entrevista para colheita de dados;</li> <li>▪ Consultar o processo clínico de modo a obter informação pertinente acerca do doente;</li> <li>▪ Realizar exame físico e neurológico adequado;</li> <li>▪ Avaliar o risco de alterações da funcionalidade decorrentes das alterações provocadas pelo AVC;</li> <li>▪ Aplicar escalas e outros instrumentos pertinentes para a avaliação da funcionalidade (ex: MIF, Índice de Barthel, Escala de Morse, Escala de Braden,</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Recolhe informação pertinente e em quantidade e profundidade que permite perceber o modo como a pessoa está a vivenciar a situação;</li> <li>▪ Utiliza escalas e instrumentos de medida para avaliar a funcionalidade da pessoa;</li> <li>▪ Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e participação;</li> <li>▪ Identifica os factores facilitadores e</li> </ul> |

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
|  |   | <p>Escala de Ashworth, Escala de força do Medical Research Council; Escala de Berg);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avaliar a capacidade funcional para realizar as AVD de forma independente (ex: MIF, Índice de Barthel);</li> <li>▪ Identificar as alterações da funcionalidade que determinam limitações da atividade e da participação;</li> <li>▪ Identificar necessidades específicas de intervenção especializada.</li> <li>▪ Identificar os factores facilitadores e inibidores do processo de reabilitação (em internamento e no domicílio);</li> <li>▪ Envolver a família/cuidador informal sempre que se justifique;</li> <li>▪ Avaliar os aspectos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição (através de entrevista);</li> <li>▪ Elaborar diagnósticos de enfermagem.</li> </ul> | <p>inibidores do processo de reabilitação;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identifica as potencialidades da pessoa/família;</li> <li>▪ Avalia os aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição;</li> <li>▪ Elabora diagnósticos de enfermagem adequados e identifica necessidades de intervenção.</li> </ul> |
|  | <p>Planear e implementar intervenções de enfermagem de reabilitação, à pessoa com AVC, integradas no plano global de cuidados a partir de</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conceber e implementar planos de intervenção com vista à compensação e redução do risco de alterações da funcionalidade;</li> <li>▪ Definir objectivos realistas e estabelecer prioridades de intervenção;</li> <li>▪ Planear intervenções direccionadas que considerem</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Concebe planos de intervenção com o propósito de promover as capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença;</li> <li>▪ Define objetivos realistas e estabelece</li> </ul>  |

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
|  | diagnósticos de enfermagem.                         | <p>o contexto e os recursos disponíveis;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Elaborar e implementar programas de treino específicos que permitam otimizar e reeducar a função neuromotora (ex: posicionamento em padrão antispástico, mobilizações, treino de atividades terapêuticas, treino de AVD, etc.) e cardiorádica;</li> <li>▪ Definir estratégias e metas que permitam a promoção da autonomia da pessoa e a sua qualidade de vida;</li> <li>▪ Selecionar e prescrever produtos de apoio direcionados às necessidades da pessoa (ex: cadeira de duche, alçador de sanita, calçadeira, etc.);</li> <li>▪ Ensinar e treinar a pessoa/família acerca de técnicas específicas que respondam às necessidades identificadas (ex: treino de AVD, técnicas de transferência, etc.);</li> <li>▪ Validar o planeamento realizado com a pessoa/família;</li> <li>▪ Valorizar os progressos através do reforço positivo.</li> </ul> | <p>prioridades;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Implementa planos de intervenção com o objetivo de otimizar e/ou reeducar funções alteradas;</li> <li>▪ Presta cuidados de enfermagem de reabilitação baseados na evidência científica e dirigidos à melhoria da qualidade de vida da pessoa/família;</li> <li>▪ Ensina à pessoa/família técnicas específicas que lhe permitem adquirir autonomia e funcionalidade;</li> <li>▪ A pessoa/família apresentam evolução em função dos cuidados prestados;</li> <li>▪ Valoriza os progressos da pessoa através do reforço positivo.</li> </ul> |
|  | Avaliar o resultado das intervenções implementadas. | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Monitorizar a implementação e os resultados dos programas de intervenção (através da observação da evolução do utente, da aplicação de instrumentos de medida padronizados, da avaliação do grau de dependência/independência);</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Monitoriza a implementação e os resultados dos programas de intervenção;</li> <li>▪ Usa indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem;</li> <li>▪ Analisa criticamente os resultados obtidos</li> </ul>  |

Plano de Atividades – Centro Especializado em Reabilitação

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aplicar escalas e instrumentos de medida para avaliar os ganhos em saúde (ex: MIF, Escala de Barthel, etc.);</li> <li>▪ Analisar os resultados;</li> <li>▪ Reformular o plano de intervenção de acordo com a avaliação/progresso da pessoa.</li> </ul> | <p>em função dos objetivos delineados;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reformula o plano de intervenção sempre que se justifica.</li> </ul> |
|--|--|---|--|

| <b>Domínios e Competências*</b>   | <b>Objetivos específicos</b>   | <b>Atividades</b>  | <b>Critérios de Avaliação</b>  |
|---|--|--|--|
| J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania. | Elaborar e implementar programas de treino que visem a adaptação da pessoa e a maximização da sua autonomia e qualidade de vida. | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ensinar e treinar a pessoa/cuidador informal sobre técnicas específicas tendo em vista o autocuidado e a autonomia da pessoa/cuidador informal (ex: treino de AVD, prevenção de úlceras de pressão, prevenção de quedas, etc.);</li> <li>▪ Realizar treinos específicos de AVD (vestir/despir, calçar-se, fazer a barba, maquilhar-se, etc.);</li> <li>▪ Ensinar e treinar a utilização de produtos de apoio (ex: cadeira de duche, alteador de sanita, calçadeira, escovas de cabo comprido, etc.);</li> <li>▪ Planejar a alta com a equipa multidisciplinar e com a pessoa/família;</li> <li>▪ Promover a continuidade de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação (ex: orientações para a alta, avaliação das condições do domicílio).</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ensina sobre treinos específicos de AVD e sobre a utilização de produtos de apoio;</li> <li>▪ Planeia a alta atempadamente de modo a antecipar algumas dificuldades que possam surgir.</li> </ul> |



Plano de Atividades – Centro Especializado em Reabilitação

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
|  | Promover a mobilidade a acessibilidade e a participação social. | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Desenvolver conhecimentos sobre acessibilidade, legislação e normas técnicas promotoras da integração e participação ativas;</li> <li>▪ Identificar barreiras arquitetónicas e orientar para a sua eliminação.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Demonstra conhecer a legislação e normas técnicas relativas às práticas inclusivas;</li> <li>▪ Identifica barreiras arquitetónicas e orienta para a sua eliminação.</li> </ul> |
|--|---|--|---|

| <b>Domínios e Competências*</b>  | <b>Objetivos específicos</b>   | <b>Atividades</b>  | <b>Critérios de Avaliação</b>   |
|--|--|--|---|
| J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. | Conceber e implementar programas de treino motor e cardiorrespiratório | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ensinar sobre técnicas a utilizar para maximizar o desempenho a nível motor e cardio-respiratório (ex: orientações para a alta, programa de exercícios).</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ensina sobre técnicas a utilizar para maximizar o desempenho a nível motor e cardiorrespiratório.</li> </ul> |

## **APÊNDICE V**

### **Plano de Cuidados**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**

**3º Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação**

**Unidade Curricular: Estágio com Relatório**

**PLANO DE CUIDADOS**

**AVC isquémico do hemisfério esquerdo**

**Lisboa**

**2013**

## IDENTIFICAÇÃO DA UTENTE

**Nome:** M.L.A.

**Idade:** 71 anos

**Data de nascimento:** 28/01/1942

**Sexo:** feminino

**Raça:** caucasiana

**Religião:** cristã católica

**Naturalidade:** portuguesa

**Habilitações literárias:** iletrada

**Estado Civil:** casada

**Profissão:** peixeira reformada

**Residência:** Bairro dos Pescadores, xxxxx

**Centro de Saúde de referência:** Unidade de Saúde da xxxxx

**Médico de Família:** Dr.<sup>a</sup> R. L.

**Subsistema de Saúde:** Segurança Social

**Pessoa de referência:** nora (P. R.)

## ANTECEDENTES PESSOAIS

- Hipertensão arterial medicada mas não controlada;
- Diabetes Mellitus tipo II controlada com dieta, sem necessidade de medicação;
- Obesidade;
- Síndrome de Obesidade-hipoventilação;
- Fumadora de +- 5 cigarros/dia.

## MEDICAÇÃO

- Baclofeno 10mg (Lioresal), ½ comprimido 2x dia;
- Clorotalidona 50mg (Hygroton),

- Fluoxetina 20mg, 1 comprimido 1x dia;
- Movicol, 1 saqueta/dia;
- Paracetamol 1gr, SOS;
- Ramipril
- Sinvastatina 20mg, 1 comprimido 1xdia.

## **HISTÓRIA ACTUAL DA DOENÇA**

A Sr.<sup>a</sup> L.A. encontrava-se a passear na rua, a 19/12/2012 quando referiu um mal-estar inespecífico, apresentando um quadro de diminuição da força muscular ao nível do hemicorpo direito, de predomínio crural, com desequilíbrio na marcha, motivo pelo qual foi transportada para o Hospital. Realizou Tomografia Computorizada Crânio Encefálica que revelou AVC isquémico da artéria cerebral anterior esquerda. Esteve internada no Hospital Pulido Valente num serviço de medicina até ao dia 11/01/2013, altura em que teve alta clínica e regressou ao domicílio. A equipa de cuidados continuados do Centro de Saúde de xxxxx foi contactada, via telefone, para que fosse assegurada a continuidade de cuidados no domicílio.

### **Situação sociofamiliar:**

A Sr.<sup>a</sup> L.A. é casada e reside com o marido e um filho deficiente numa moradia na xxxxx. Tem mais 4 filhos que residem relativamente perto dos pais. O marido da Sr.<sup>a</sup> L.A. é insuficiente renal crónico hemodialisado e apresenta uma situação de saúde frágil. Os cuidados à Sr.<sup>a</sup> L.A. são assegurados por uma das noras que vive próximo e se encontra desempregada, com a colaboração de outros familiares. A família tem ainda o apoio de cuidadores do Centro de Apoio Social da xxxxx que realizam a higiene da Sr.<sup>a</sup> L.A. diariamente.

### **Expectativas:**

As expectativas da Sr.<sup>a</sup> L.A. são as de poder voltar a andar e retomar as suas atividades de vida diária ainda que com alguma limitação. Toda a família espera a

recuperação da Sr.<sup>a</sup> L.A. sobretudo no que respeita à mobilidade, embora admitam a possibilidade da utente ficar com pequenas limitações.

## **AVALIAÇÃO INICIAL (4/01/2013)**

### **• Estado de consciência**

Apresenta-se vígil e consciente sendo avaliada com uma pontuação de 15 na escala de Glasgow. Responde de forma adequada a estímulos verbais e dolorosos, revela conhecimento relativo ao meio em que está inserida e a si mesma.

### **• Estado de orientação**

Utente orientada auto e alopsíquicamente na maior parte do tempo. Contudo, responde às questões que lhe são colocadas demonstrando, por vezes, períodos de desorientação espacial e temporal.

### **• Resposta pupilar**

A utente apresenta pupilas reativas à luz, de tamanho normal e forma redonda, sugerindo uma resposta pupilar normal à avaliação e simetria após comparação bilateral.

### **• Atenção**

Apresenta capacidade de vigilância, tenacidade e concentração diminuídas. Foca e mantém a atenção em estímulos externos e tarefas específicas apenas por períodos muito curtos. Não consegue manter a atenção voluntária em processos internos do pensamento ou atividades mentais com algum grau de complexidade (ex. cálculo mental).

### **• Memória**

Apresenta alterações da memória imediata, recente e remota. A utente não consegue reter a informação que lhe é fornecida, em poucos segundos esquece-a. Relativamente à memória remota, consegue referir-se a eventos do passado contudo as suas descrições são limitadas.

### **• Linguagem**

Apresenta alteração da linguagem condizente com uma afasia de Broca. O discurso espontâneo é difícil, escasso e disprosódico e composto por frases simples e curtas. A utente apresenta alterações ao nível da compreensão, nomeação e repetição.

Relativamente à compreensão parecem existir dificuldades na execução de ordens verbais de complexidade crescente. A nomeação e repetição acontecem mas exigem esforço à utente. Não é possível avaliar as capacidades de escrita e leitura visto que a utente não sabe ler nem escrever.

- **Capacidades Práticas**

A utente apresenta alterações das capacidades práticas condizentes com uma apraxia ideomotora. São evidentes os défices de programação da sequência motora. A Sr.<sup>a</sup> L.A. apresenta dificuldade em realizar movimentos simples de forma intencional (respondendo a uma ordem), contudo, por vezes, realiza os mesmos movimentos de forma automática.

- **Pares Cranianos**

- **I – Olfativo** – Não apresenta alterações do olfacto, reconhece odores familiares (ex. café);
- **II – Óptico** – A utente parece não apresentar alterações da acuidade visual ou do campo de visão (exame difícil por dificuldade de colaboração da utente);
- **III – Motor ocular comum; IV – Patético; VI – Motor ocular externo** – Apresenta isocória e isoreatividade pupilar à luz, não existem alterações dos movimentos conjugados do globo ocular;
- **V – Trigémio** – Apresenta sensibilidade táctil, térmica e dolorosa mantidas ao nível da face, nas três divisões do quinto nervo craniano. A utente mantém os movimentos de mastigação sem alterações. Não foi possível avaliar o reflexo córneo-palpebral;
- **VII – Facial** – Sem alterações da simetria facial;
- **VIII – Auditivo** – Não apresenta alteração da acuidade auditiva bilateral. A utente não apresenta equilíbrio (estático e dinâmico) na posição de sentada nem em posição ortoestática;
- **IX – Glossofaríngeo** – Não apresenta alterações do paladar, identifica os alimentos pelo seu sabor;
- **X – Vago** – Apresenta reflexo de vômito mantido à estimulação;
- **XI – Espinhal** – Apresenta força do esternocleidomastoideu mantida bilateralmente, grau 5 na escala de força do Medical Research Council e diminuição da força, grau 2 na escala de força do Medical Research Council, ao

nível do trapézio à direita não conseguindo elevar o ombro direito contra resistência;

- **XII – Grande hipoglosso** – Não apresenta alterações dos movimentos da língua (propulsão e lateralidade).

- **Força Muscular**

A avaliação da força esteve condicionada pela dificuldade que a utente tem em colaborar pelas alterações da atenção e das capacidades práxicas acima referidas.

- **Pescoço** (Flexão/Extensão; Inclinação lateral; Rotação) - apresenta contração muscular e movimento normal contra a gravidade e resistência, força grau 5/5.
- **Membro superior direito**  
Ombro – apresenta força grau 2/5 (elevação/depressão; adução/abdução; rotação interna e externa);  
Cotovelo – apresenta força grau 2/5 (flexão/extensão);  
Punho – apresenta força grau 3/5 (flexão/extensão; desvio radial/desvio cubital; circundução);  
Antebraço – apresenta força grau 2/5 (supinação/pronação);  
Dedos – apresentam força grau 3/5 (flexão/extensão; adução/abdução; oponência).
- **Membro superior esquerdo** – Apresenta em todos os segmentos força grau 5/5.
- **Membro inferior direito**  
Coxofemural – apresenta força grau 0/5 (flexão/extensão; adução/abdução; rotação interna e externa);  
Joelho – apresenta força grau 0/5 (flexão/extensão);  
Tibiotársica – apresenta força grau 0/5 (flexão/extensão; rotação interna e externa);  
Pé – apresenta força grau 0/5 (inversão/eversão);  
Dedos – apresentam força grau 0/5. (flexão/extensão; adução/abdução).
- **Membro inferior esquerdo** – Apresenta em todos os segmentos força grau 5/5.



- **Tónus Muscular**

A utente apresenta tónus muscular mantido ao nível do hemicorpo esquerdo. E um aumento acentuado do tónus muscular ao nível do membro inferior direito (grau 3 na Escala Modificada de Ashworth), traduzido pelo aumento da resistência ao movimento passivo. Apresenta ainda aumento do tónus muscular ao nível dos flexores do cotovelo direito, grau 1+ na Escala Modificada de Ashworth, manifestado por aumento da resistência à extensão do cotovelo. Hemiparésia espástica do hemicorpo direito de predomínio crural.

- **Coordenação Motora**

A utente consegue completar a prova dedo-nariz de olhos abertos e fechados, a prova de indicação de Barany, e a prova calcanhar Joelho ao nível do hemicorpo esquerdo. Não consegue realizar a prova de movimentos alternados. A utente apresenta dificuldade em realizar movimentos rápidos, alternados e coordenados (disdiadococinesia).

- **Sensibilidade**

- **Sensibilidade superficial:** apresenta sensibilidade tátil, térmica e dolorosa mantidas;
- **Sensibilidade profunda:** apresenta sensibilidade postural mantida. Não foi avaliada a sensibilidade vibratória.

- **Equilíbrio**

Apresenta ausência de equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado e em posição ortostática. Durante o internamento hospitalar não tolerou a posição de pé por mais de 10 minutos. Apresentou um episódio de náuseas e vômitos após o levantar.

- **Marcha**

Não realiza marcha. Encontra-se acamada e não faz levantar desde a alta. Apresenta alto risco de queda, avaliado em 55 na Escala de Morse.

- **Atividades de Vida Diária**

- **Manter um ambiente seguro:** utente consciente, com períodos de desorientação espaço-temporal sem total perceção das suas limitações

físicas. Nem sempre consegue exprimir o desconforto ou a necessidade de ser mudada de posição;

- **Comunicar:** refere que antes da doença era extrovertida e comunicativa. Atualmente tem maior dificuldade em desenvolver o diálogo, responde apenas ao que lhe é perguntado, tem pouca iniciativa. Apresenta ligeiras alterações do discurso ao nível da compreensão, nomeação, repetição e articulação do mesmo, contudo não tem total consciência disso. Apesar de tudo o seu discurso é fluente e inteligível;
- **Respirar:** apresenta antecedentes de síndrome de obesidade-hipoventilação, fumava cerca de 5 cigarros por dia, apresenta cansaço fácil a pequenos esforços e tolera mal o decúbito dorsal. Após a doença deixou de fumar, embora refira sentir a falta do tabaco. O facto de estar acamada dificulta-lhe a respiração, permanece em Fowler ou semi Fowler;
- **Comer e Beber:** sem alterações nesta AVD antes da doença. Presentemente necessita de ajuda para preparar, fracionar os alimentos e para se alimentar. É alimentada à boca por terceira pessoa;
- **Eliminar:** antes da doença não apresentava alterações nesta AVD. Atualmente não controla os esfíncteres anal e vesical, necessita de ajuda total na realização destas AVD. Usa dispositivo de absorção (fralda). Encontra-se obstipada;
- **Higiene pessoal e vestir-se:** era independente nestas AVD. Presentemente necessita de ajuda total para se lavar, vestir e despir. Tem apoio de cuidadores do Centro de Apoio Social da xxxxx;
- **Controlar a temperatura do corpo:** Refere as sensações normais e comuns face às alterações da temperatura. Usa roupas adequadas à estação do ano (escolhidas e vestidas por terceiros);
- **Movimentar-se:** não apresentava alterações nesta AVD antes da doença. Atualmente apresenta hemiparesia espástica de predomínio crural à direita e embora apresente movimentos ativos de alguns segmentos do membro superior direito, não realiza alterações significativas da posição do corpo sem ajuda. Necessita de ajuda total para se posicionar ou alternar decúbitos. Escala de Braden avaliada em 11 (risco elevado de úlcera de pressão). A utente está deitada numa cama articulada que trouxe emprestada, do hospital, a quando da alta.

- **Trabalhar e divertir-se:** era peixeira, atualmente reformada. Gostava de ir ao café perto da sua casa onde se encontrava com as amigas. Atualmente refere não se distrair ou divertir. Fala por diversas vezes na vontade que tem de se levantar e ir ao café;
- **Expressar a sexualidade:** fala no assunto durante a conversa mas sempre em tom de brincadeira;
- **Dormir:** sem alterações nesta AVD, dorme bem sem necessidade de medicação;
- **Morrer:** não manifestou preocupação relativamente à morte, nem considera que vá morrer em breve.

Utente totalmente dependente nas AIVD, avaliada em 0 na Escala de Lawton e Brody (adaptada pela RNCCI), e totalmente dependente nas AVD, Índice de Katz avaliado em 18 e Índice de Barthel. avaliado em 0.

## PLANO DE CUIDADOS

### IDENTIFICAÇÃO

**Nome:** M.L.A      **Idade:** 71 anos      **Data de admissão:** 14/01/2013 (Transferida: 5/02/2013)

**Diagnóstico:** AVC isquémico do hemisfério esquerdo      **Quadro motor:** Hemiparésia espástica direita de predomínio crural.

| Data  | Diagnóstico de Enfermagem   | Objetivos  | Intervenções de Enfermagem  | Avaliação   |
|-------|---|--|---|---|
| 14/01 | Diminuição da capacidade ventilatória relacionada com o síndrome de obesidade-hipoventilação e hemiparesia à direita, manifestada por intolerância ao esforço, fadiga e dispneia. | Melhorar a mobilidade torácica;<br>Aumentar as amplitudes respiratórias;<br>Aumentar o volume corrente;<br>Melhorar a tolerância ao esforço;<br>Prevenir a dispneia;<br>Melhorar a autonomia e o desempenho nas AVD. | Informar a utente e família acerca dos objetivos e da intervenção a realizar, solicitar a sua colaboração sempre que possível;<br>Realizar auscultação pulmonar;<br>Monitorizar os sinais vitais;<br>Colocar a utente em posição de descanso e relaxamento;<br>Ensinar e treinar o controlo da respiração através da consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios;<br>Ensinar e treinar exercícios de reeducação abdomino-diafragmática seletiva e global com ênfase na inspiração (introduzir resistência se a utente tolerar);<br>Ensinar e treinar exercícios respiratórios de abertura costal seletiva e global (com bastão) com predomínio costal inferior;<br>Ensinar e treinar a tosse;<br>Assistir a tosse com manobras acessórias;<br>Realizar exercícios de correção postural em frente ao espelho incentivando o utente a autocorrigir a sua postura;<br>Incentivar o exercício físico geral;<br>Vigiar sinais de cansaço e realizar pausas entre exercícios. | 14/01 – Informada a utente e família acerca dos objetivos da intervenção. Utente eupneica em repouso mas com ligeira polipneia a pequenos esforços (como falar). A respiração é de predomínio torácico com baixas amplitudes. Á auscultação é audível o murmúrio vesicular que se encontra mantido ao nível dos apêx e diminuído em ambas as bases. A utente apresenta um abdómen bastante volumoso o que lhe dificulta os movimentos, encontra-se em semi-Fowler.<br><br>16/01 – Utente hipertensa. StO <sub>2</sub> = 93%, polipneica em repouso (24 ciclos/min.). Realizados exercícios de relaxamento e consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios. A utente não consegue colaborar, não se insiste. Realizados exercícios passivos de abertura costal global.<br><br>18/01 – Realizados exercícios de reeducação abdomino-diafragmática global, a utente não consegue colaborar. Realizado ensino e treino da tosse e tosse assistida com manobras acessórias |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  | <p>contudo os exercícios são pouco eficazes porque a utente tem dificuldade em cumprir ordens simples. Segundo a cuidadora, a utente tosse mas não consegue fazê-lo quando lhe é solicitado.</p> <p>25/01 – Insiste-se no ensino e treino dos exercícios mas com poucos resultados. A utente mantém dificuldade em colaborar. Reajustam-se as estratégias e os exercícios são realizados passivamente ou com a introdução de fatores que obriguem a utente a colaborar sem se aperceber.</p> <p>28/01 – Mantém-se o programa de exercícios respiratórios. Hoje a utente conseguiu realizar algumas inspirações profundas quando solicitado (foi-lhe pedido que suspirasse).</p> <p>30/01 – Utente com potencial de reabilitação mas com necessidade de intervenção diária e persistente, foi iniciado o processo de transferência para uma unidade de reabilitação em internamento, aguarda vaga. A utente mantém dificuldades em colaborar nos exercícios respiratórios.</p> <p>04/02 – A utente será transferida amanhã para uma unidade de internamento. Realizada sessão de exercícios respiratórios com a colaboração possível por parte da utente.</p> |
|--|--|--|--|--|

| <b>Data</b> | <b>Diagnóstico de Enfermagem</b>  | <b>Objetivos</b>  | <b>Intervenções de Enfermagem</b>  | <b>Avaliação</b>  |
|-------------|---|---|--|---|
| 14/01       | Alteração da mobilidade, força e tônus muscular relacionada com a lesão neurológica decorrente do AVC e manifestada por hemiparesia espástica de predomínio crural à direita. | <p>Manter a amplitude dos movimentos;</p> <p>Prevenir problemas músculo esqueléticos;</p> <p>Aumentar a força muscular;</p> <p>Prevenir a instalação do padrão espástico;</p> <p>Preparar a utente para o levante e marcha;</p> <p>Melhorar a autonomia e o desempenho nas AVD.</p> | <p>Informar a utente e família acerca dos objetivos e da intervenção a realizar, solicitar a sua colaboração sempre que possível;</p> <p>Proporcionar um ambiente calmo que favoreça a concentração da utente nas atividades;</p> <p>Medir semanalmente as amplitudes articulares através de uma avaliação goniométrica sumária;</p> <p>Avaliar semanalmente a força muscular recorrendo à utilização da escala de força do Medical Research Council;</p> <p>Avaliar semanalmente o tônus muscular recorrendo à utilização da escala modificada de Ashworth;</p> <p>Ensinar a utente/família sobre as consequências da imobilidade e da instalação do padrão espástico;</p> <p>Posicionar a utente em padrão antispástico;</p> <p>Ensinar e treinar alternâncias de decúbito e posicionamentos com a utente e família;</p> <p>Realizar programa de mobilizações ativas assistidas do membro superior direito e passivas do membro inferior direito dando ênfase aos movimentos contrários ao padrão espástico;</p> <p>Incentivar à automobilização e realizar programa de mobilizações ativas assistidas do hemicorpo esquerdo;</p> <p>Incentivar a utente a observar o seu corpo durante as mobilizações e a descrever os movimentos realizados de forma a readquirir o esquema corporal e a promover a re aquisição do engrama motor;</p> <p>Incentivar a utilização de um espelho para observar a imagem refletida durante a realização dos exercícios;</p> <p>Utilizar a facilitação cruzada como forma de</p> | <p>14/01 – A utente apresenta alteração da força e tônus muscular ao nível do hemicorpo direito (realizada avaliação inicial). Informada a utente e família acerca dos objetivos da intervenção e da importância da aquisição de dispositivos de apoio adequados à situação da utente (cadeira de rodas e cama mais baixa). Foram ainda informados acerca de como podem adquirir esses dispositivos e como devem reestruturar o quarto da utente.</p> <p>16/01 – Iniciado programa de mobilizações ativas assistidas do membro superior direito e passivas do membro inferior direito dando ênfase aos movimentos contrários ao padrão espástico, a utente tolera e colabora dentro das suas possibilidades. Utente incentivada a automobilizar o hemicorpo esquerdo, contudo os seus défices de atenção e das capacidades práticas não permitem que esta tome essa iniciativa pelo que se inicia também programa de mobilizações ativas assistidas do hemicorpo esquerdo com a tolerância e colaboração da utente. Iniciado treino de atividades terapêuticas na cama. A utente é incentivada a observar e descrever os movimentos mas tem muita dificuldade em manter-se atenta.</p> <p>18/01 – Mantém-se programa de mobilizações dos 4 membros. A</p> |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>estimular a proprioceptividade;</p> <p>Iniciar programa de mobilizações ativas resistidas logo que a utente tolere e colabore;</p> <p>Ensinar e treinar atividades terapêuticas na cama (ex. rolar, ponte, rotação controlada da anca, carga no cotovelo e automobilização, treino de equilíbrio na beira da cama);</p> <p>Incentivar a utente a participar em todas as AVD;</p> <p>Realizar treino de equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado na beira da cama ou em cadeira de rodas com os pés apoiados (os pés devem estar descalços ou com calçado antiderrapante);</p> <p>Ensinar e treinar transferências cama/cadeira de rodas e cadeira de rodas/cama;</p> <p>Programar e incentivar o levante;</p> <p>Realizar treino de equilíbrio estático e dinâmico na posição de pé, logo que a utente tolere e colabore;</p> <p>Iniciar treino de marcha logo que a utente tolere e colabore;</p> <p>Valorizar, através do reforço positivo, todas os progressos alcançados assim como as tentativas realizadas;</p> <p>Mostrar disponibilidade para esclarecer dúvidas e receios da utente e família;</p> <p>Encaminhar a família para o banco de recursos na comunidade (Protecção Civil) a fim de adquirir uma cadeira de rodas e uma cama articulada mais baixa.</p> | <p>utente tolera e colabora mas apresenta dificuldade em manter a concentração/atenção durante os exercícios. Pede-se à família que diminua ao máximo a estimulação da utente durante as sessões (a utente tem inúmeras visitas diariamente, está num quarto com janela acessível para a rua em frente e com televisão que permanece ligada o dia inteiro) o que nem sempre foi conseguido. A utente foi sentada na cama com os pés apoiados num banco pela primeira vez desde que regressou a casa, não apresenta equilíbrio, tem de ser suportada pelas enfermeiras com a colaboração de um dos filhos. Psicologicamente a posição de sentada parece ter sido benéfica para a utente que demonstra estar contente por se sentar ainda que por apenas alguns minutos. Realizado ensino e treino à família de como realizar o levante para cadeira de rodas.</p> <p>25/01 – Realizado reforço dos ensinamentos relativos ao posicionamento em padrão antispástico e acerca da necessidade de alternância de decúbitos para alívio da pressão. A utente não tolera os decúbitos laterais por períodos longos. Já tem colchão de pressão alternada. Mantém-se treino de atividades terapêuticas na cama e programa de mobilizações. A utente tem feito levante para cadeira de rodas diariamente embora a cama não seja a mais adequada (é muito</p> |
|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|---|
|  |  |  |  | <p>alta). A família da Sr.<sup>a</sup> L.A. tem-se mostrado muito motivada e disponível para colaborar no processo de reabilitação.</p> <p>28/01 – Realizado programa de mobilizações e atividades terapêuticas na cama (rolar, ponte, carga no cotovelo, automobilizações dos membros superiores). A utente esteve sentada na cama com os pés apoiados.</p> <p>30/01 – Mantém-se programa de mobilizações e atividades terapêuticas na cama. Utente aparentemente menos motivada, refere cansaço pelo que não se insiste muito nos exercícios.</p> <p>04/02 – Utente será transferida para unidade de internamento amanhã, tem conhecimento disso e refere sentimentos ambivalentes, refere que quer ser internada mas também queria ficar em casa. Realizado programa de mobilizações e atividades terapêuticas. Realizado contato com a unidade de internamento a fim de promover a continuidade dos cuidados.</p> |
|--|--|--|--|---|

| Data  | Diagnóstico de Enfermagem   | Objetivos   | Intervenções de Enfermagem  | Avaliação  |
|-------|---|---|---|--|
| 14/01 | Alteração do equilíbrio relacionada com a lesão neurológica decorrente do AVC e manifestada por deficiente controlo postural. | <p>Melhorar a tolerância e o controlo postural na posição de sentado;</p> <p>Melhorar a tolerância, postura e equilíbrio em</p> | <p>Ensinar e treinar atividades terapêuticas na cama (ex.: rolar, ponte, rotação controlada da anca, carga no cotovelo e automobilização, etc.);</p> <p>Realizar ensino e treino de levantar para cadeira de rodas com a família;</p> | <p>14/01 – Utente com ausência de equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentada e em pé.</p> <p>16/01 – Realizado treino de equilíbrio estático na posição de</p> |



|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  | <p>ortostatismo.</p> <p>Realizar exercícios de treino de equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado em cadeira de rodas e na beira da cama com os pés apoiados;</p> <p>Realizar carga no membro inferior direito na posição de sentado cruzando o membro inferior esquerdo sobre o direito;</p> <p>Ensinar e treinar com a utente as técnicas de erguer-se e sentar-se;</p> <p>Ensinar e treinar a utente a manter uma base de apoio ampla nas posições de sentado e em pé;</p> <p>Realizar treino de equilíbrio estático e dinâmico na posição de pé;</p> <p>Realizar exercícios de correção postural em frente ao espelho incentivando o utente a autocorrigir a sua postura;</p> <p>Estimular a proprioceptividade e a aquisição do engrama motor através da facilitação cruzada e da observação da posição corporal em cada atividade.</p> | <p>sentada na beira da cama com os pés apoiados. A utente necessita sempre do apoio de terceiros. Com ajuda consegue realizar carga nos membros superiores e fazer algum apoio.</p> <p>A utente tem realizado levante para cadeira de rodas diariamente com a ajuda de familiares.</p> <p>Realizados exercícios de correção postural em frente ao espelho contudo a utente não consegue corrigir a sua postura autonomamente.</p> <p>04/02 – Não foi realizada ainda treino de erguer-se e sentar-se e treino de equilíbrio na posição de pé porque a utente não tolera a posição ortostática.</p> |
|--|--|--|--|

| Data  | Diagnóstico de Enfermagem   | Objetivos  | Intervenções de Enfermagem  | Avaliação   |
|-------|---|--|---|---|
| 14/01 | Alteração da atenção e das capacidades práticas relacionada com a lesão neurológica decorrente do AVC e manifestada por dificuldade em realizar movimentos simples intencionalmente (apraxia ideomotora). | Melhorar a atenção;<br>Melhorar as capacidades práticas. | <p>Manter um ambiente calmo, que facilite a concentração, diminuindo a estimulação externa;</p> <p>Realizar programa de mobilizações ativas assistidas do membro superior direito e passivas do membro inferior direito dando ênfase aos movimentos contrários ao padrão espástico;</p> <p>Incentivar à automobilização e realizar programa de mobilizações ativas assistidas do hemisfério esquerdo;</p> <p>Incentivar a utente a observar o seu corpo durante</p> | <p>14/01 – Utente com alterações da atenção e das capacidades práticas. Apresenta dificuldade em participar nas atividades de reabilitação por apresentar défices ao nível da programação motora e da concentração.</p> <p>Foi criado um ambiente calmo e com estimulação externa diminuída de modo a promover a concentração da utente nas</p> |

|  |  |  |   |   |
|--|--|--|---|---|
|  |  |  | <p>as mobilizações e a descrever os movimentos realizados de forma a readquirir o esquema corporal e a promover o engrama motor;</p> <p>Incentivar a utilização de um espelho para observar a imagem refletida durante a realização dos exercícios;</p> <p>Limitar os períodos de estimulação da utente de modo a que esta consiga manter a concentração nas atividades desenvolvidas e evitando o cansaço.</p> | <p>atividades.</p> <p>Realizadas mobilizações dos 4 membros para estímulo da propriocevidade e promoção da aquisição do esquema corporal e do engrama motor.</p> <p>A utente foi estimulada a observar as mobilizações e a descrever os movimentos realizados.</p> <p>A utente foi incentivada a realizar mobilizações ativas livres dos segmentos corporais com força mantida.</p> <p>Os períodos de estimulação cognitiva foram limitados às capacidades da utente.</p> |
|--|--|--|---|---|

| Data  | Diagnóstico de Enfermagem   | Objetivos  | Intervenções de Enfermagem  | Avaliação   |
|-------|---|--|---|---|
| 14/01 | Dependência total na AVD higiene pessoal e vestir-se relacionada com a hemiparésia à direita e manifestada por incapacidade de realizar a higiene pessoal, vestir-se e despir-se. | Melhorar a autonomia na AVD higiene pessoal e vestir-se. | <p>Ensinar e treinar os cuidados de higiene pessoal (ex. banho, higiene oral, pentear, etc.);</p> <p>Ensinar e treinar o vestir e despir;</p> <p>Ensinar e treinar estratégias de compensação que permitam ao utente adaptar-se às limitações decorrentes da hemiparesia (ex. abrir frascos e bisnagas, abotoar botões, apertar atacadores, calçar meias, etc.)</p> <p>Incentivar à realização das AVD de forma autónoma ainda que adaptada;</p> <p>Ajudar o utente sempre que seja necessário;</p> <p>Ensinar e treinar acerca da utilização de dispositivos de apoio, se necessário (ex. calçadeira de cabo longo, compensação de altura; material antiderrapante);</p> | <p>14/01 – A utente apresenta limitação da mobilidade que a impossibilita de realizar a sua higiene pessoal, vestir-se e despir-se autonomamente. A sua higiene diária é realizada por cuidadores do Centro de Apoio Social da xxxxx.</p> <p>Realizado ensino à família acerca da importância de dar tempo à utente para que esta realize atividades simples sozinha. A família é bastante colaborante mas tende a substituir a utente em vez de a ajudar a realizar algumas atividades como pentear-se, lavar a cara, lavar os dentes, lavar e secar as mãos, etc.</p> |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>Ensinar a família acerca da importância de dar tempo e não substituir o utente na realização das AVD;</p> <p>Valorizar o esforço e os progressos do utente na realização das AVD.</p> | <p>Nas sessões de reabilitação motora a utente foi incentivada a pentear-se sozinha com a mão direita. A utente consegue realizar esta atividade necessitando apenas de algum apoio para realizar o movimento de flexão do ombro.</p> <p>A utente consegue ainda realizar movimentos de simulação das atividades: lavar a cara, lavar os dentes, lavar as mãos.</p> <p>Valorizado o esforço e progresso da utente.</p> |
|--|--|--|--|--|

| Data  | Diagnóstico de Enfermagem   | Objetivos  | Intervenções de Enfermagem  | Avaliação   |
|-------|---|--|---|---|
| 14/01 | Dependência total na AVD eliminar relacionada com a lesão neurológica decorrente do AVC e manifestada por ausência de controlo dos esfíncteres anal e vesical e obstipação. | <p>Melhorar o controlo dos esfíncteres;</p> <p>Melhorar a autonomia na AVD eliminar.</p> | <p>Identificar os hábitos alimentares e de eliminação anteriores (ex. tipo de dieta, ingestão hídrica, uso de laxantes, terapêutica, etc.);</p> <p>Informar a utente e família acerca dos recursos materiais disponíveis (arrastadeira; cadeira sanitária; bacio alto) e mais adequados às necessidades da utente;</p> <p>Identificar as necessidades de formação/informação da utente e família relativamente à eliminação;</p> <p>Ensinar a utente e família sobre:</p> <p>A importância da ingestão hídrica (estimular à ingestão de líquidos durante o dia e à sua restrição no final do dia);</p> <p>A importância de adequar a dieta às necessidades da utente considerando também as suas preferências;</p> <p>A necessidade de estimular a utente a solicitar a arrastadeira sempre que sinta vontade de urinar</p> | <p>14/01 – Utente com alteração da eliminação vesical e intestinal. Utiliza dispositivo de absorção (fralda) desde o AVC. Refere sentir vontade de urinar e evacuar. Apresenta urgência urinária e falta de iniciativa para pedir para urinar ou evacuar. Aparentemente está acomodada à situação de incontinência. Refere que anteriormente já tinha pequenas perdas urinárias.</p> <p>16/01 – A cuidadora refere que a utente se encontra obstipada há vários dias. Realizado ensino à família acerca da importância da ingestão de líquidos e de uma dieta rica em fibras. A utente vai iniciar treino intestinal com laxante e microenemas.</p> |

|  |  |  |   |   |
|--|--|--|---|---|
|  |  |  | <p>e/ou evacuar;</p> <p>A necessidade de estabelecer horários para a eliminação vesical e intestinal, oferecendo a arrastadeira à utente periodicamente, de modo a evitar perdas;</p> <p>O reflexo gastrocólico;</p> <p>A necessidade de vigiar a integridade cutânea ao nível da região perineal que se encontra em contacto com a urina e as fezes (despiste de lesões de incontinência);</p> <p>A necessidade de vigiar regularmente as características da urina e das fezes e a frequência da eliminação (por forma a despistar infecções urinárias, obstipação, etc.);</p> <p>Aplicar dispositivo de absorção (fralda) de modo a prevenir perdas e a promover a confiança e o conforto do utente;</p> <p>Estimular a ingestão de alimentos ricos em fibras;</p> <p>Promover a consciencialização da vontade e do ato de urinar e evacuar, lembrando a utente desse aspeto;</p> <p>Instituir um treino intestinal de modo a prevenir a obstipação e criar um padrão de eliminação;</p> <p>Estimular a uso do sanitário logo que possível;</p> <p>Valorizar todos os progressos e tentativas realizadas através do reforço positivo.</p> | <p>18/01 – Realizada visita domiciliária conjunta com a nutricionista que avaliou a utente e reforçou os ensinamentos relativos às necessidades dietéticas da utente. Realizado ensino acerca da importância de estabelecer horários para a eliminação aproveitando o reflexo gastrocólico. A utente evacuou com a ajuda dos microenemas.</p> <p>22/01 – A utente apresenta pele da região perineal íntegra. Valorizados os cuidados prestados e incentivada a manutenção dos mesmos.</p> <p>25/01 – Abordada com a cuidadora a importância de se iniciar o treino de utilização da arrastadeira uma vez que a utente apresenta sensação de vontade de urinar e evacuar. A cuidadora não se mostrou muito receptiva dizendo que a utente não consegue conter a urina e as fezes. Visto que a cuidadora coloca alguns obstáculos e a utente ainda não consegue realizar a ponte de forma eficaz adia-se a tentativa de utilização da arrastadeira.</p> <p>28/01 – A utente deixou de tomar o laxante e encontra-se novamente obstipada. Vai retomar esta terapêutica embora não seja do seu agrado.</p> <p>30/01 – A utente tem cumprido a dieta recomendada pela nutricionista e tem feito o laxante em esquema diário, o trânsito intestinal encontra-se regularizado.</p> |
|--|--|--|---|---|

|  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|---|
|  |  |  |  | 04/02 – A utente mantém incontinência vesical e intestinal. |
|--|--|--|--|---|

| Data  | Diagnóstico de Enfermagem  | Objetivos                       | Intervenções de Enfermagem   | Avaliação  |
|-------|--|---------------------------------|--|--|
| 14/01 | Risco de alteração da integridade cutânea relacionada com as limitações decorrentes do AVC e manifestada por incapacidade de se posicionar e alternar decúbitos. | Promover a integridade cutânea. | <p>Avaliar semanalmente o risco de úlcera de pressão recorrendo à escala de Braden;</p> <p>Identificar as necessidades de formação/informação da utente e família relativamente à prevenção de úlceras de pressão;</p> <p>Ensinar e treinar a utente e família sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>As consequências da imobilidade;</li> <li>A necessidade de prevenir as úlceras de pressão;</li> <li>A vigilância diária da pele para despiste de alterações da sua integridade (valorizar as pequenas lesões);</li> <li>A alternância de decúbitos e o posicionamento adequado para alívio da pressão (mantendo o posicionamento antispástico) em intervalos de tempo programados ou sempre que a utente refira desconforto;</li> <li>Ajudas técnicas que permitem o alívio da pressão (colchão de pressão alternada, almofada de gel, almofadas etc.);</li> <li>A importância de manter a pele limpa e hidratada (creme hidratante);</li> <li>A utilização de roupa confortável e sem dobras, rugas ou objetos (ex: botões ou taxas) que possam lesar a pele;</li> <li>A necessidade de manter uma alimentação e hidratação adequadas.</li> </ul> <p>Ensinar e treinar atividades terapêuticas na cama</p> | <p>14/01 – Utente com alterações da mobilidade, não consegue realizar alternância de decúbitos e posicionar-se sem ajuda. Escala de Braden avaliada em 11 (alto risco de úlcera de pressão).</p> <p>Realizados ensinios à família acerca da importância da prevenção da imobilidade e das úlceras de pressão.</p> <p>16/01 – Realizado ensino e treino à cuidadora acerca da vigilância da integridade cutânea, da alternância de decúbitos e do posicionamento para alívio da pressão. Foi explicado à cuidadora que não deve aplicar produtos antifúngicos na pele da utente sem que estes sejam prescritos pelo médico. A opção deverá ser sempre pelo creme hidratante.</p> <p>18/01 – Realizada visita domiciliária conjunta com a nutricionista que avaliou a utente e reforçou os ensinios relativos às necessidades dietéticas da utente.</p> <p>A utente tem uma cama articulada e foi pedido aos familiares que providenciem um colchão de pressão alternada. A família optou por vestir à utente, quando esta</p> |

|  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|---|
|  |  |  | <p>(ex. rolar, ponte, rotação controlada da anca, carga no cotovelo e automobilização);</p> <p>Ensinar e treinar a realização de “push-ups” na cadeira de rodas para alívio da pressão;</p> <p>Estimular o levante e a mobilização ativa logo que possível e de acordo com a tolerância da utente.</p> | <p>está deitada, camisas de dormir abertas nas costas de modo a evitar as rugas e dobras que possam lesar a pele.</p> <p>Foi realizado em todas as sessões de reabilitação treino de atividades terapêuticas na cama.</p> <p>22/01 – A utente tem feito levante para cadeira de rodas com a ajuda dos familiares. Foi realizado ensino aos familiares acerca da importância de aliviar a pressão na posição de sentada com recurso à realização de “push-ups”, visto que a utente não o consegue fazer sozinha.</p> <p>25/01 – Escala de Braden avaliada em 12 (alto risco de úlcera de pressão). A utente mantém a pele íntegra.</p> <p>28/01 – A utente já tem um colchão de pressão alternada, encontrava-se demasiado insuflado pelo que foi regulado. Realizado ensino à cuidadora relativamente à manutenção do colchão de pressão alternada.</p> <p>A utente foi incentivada a mobilizar ativamente todos os segmentos articulares que consegue. Apresenta dificuldade em fazê-lo sem ajuda ou supervisão.</p> <p>04/01 – A utente mantém a integridade cutânea.</p> |
|--|--|--|--|---|

| <b>Data</b> | <b>Diagnóstico de Enfermagem</b>  | <b>Objetivos</b>                                    | <b>Intervenções de Enfermagem</b>  | <b>Avaliação</b>   |
|-------------|---|---|--|--|
| 14/01       | Risco de queda aumentado relacionado com as limitações decorrentes do AVC e manifestado por desequilíbrio e défice de conhecimentos relativamente a medidas de segurança. | Melhorar a segurança do utente;<br>Prevenir quedas. | <p>Avaliar semanalmente o risco de queda recorrendo à escala de Morse;</p> <p>Avaliar a perceção da utente/família relativamente às limitações e necessidades de apoio da utente;</p> <p>Avaliar o conhecimento do utente/família sobre medidas de segurança;</p> <p>Ensinar e treinar sobre medidas de prevenção de quedas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Travar bem a cama e a cadeira de rodas antes das transferências;</li> <li>Manter as grades da cama subidas;</li> <li>Utilizar uma superfície de trabalho na cadeira de rodas se necessário;</li> <li>Colocar os objectos pessoais a um nível acessível à utente;</li> <li>Adequar o calçado;</li> </ul> <p>Assistir as transferências;</p> <p>Providenciar compensações de altura (ex: degrau);</p> <p>Ensinar a família a assistir/supervisionar as AVD;</p> <p>Ensinar e treinar o uso da cadeira de rodas;</p> <p>Ensinar e treinar atividades terapêuticas na cama (ex.: rolar, ponte, rotação controlada da anca, carga no cotovelo e automobilização, etc.);</p> <p>Realizar exercícios de treino de equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado em cadeira de rodas e na beira da cama com os pés apoiados;</p> <p>Realizar treino de equilíbrio estático e dinâmico na posição de pé;</p> <p>Ensinar e treinar com a utente as técnicas de erguer-se e sentar-se;</p> | <p>14/01 – Utente com alterações da mobilidade e do equilíbrio e elevado risco de queda (Escala de Morse). Realizados ensinios à família sobre medidas de prevenção de quedas, a família mostra-se recetiva.</p> <p>O quarto da utente foi adaptado às suas necessidades.</p> <p>É a família que realiza os levantes da utente para cadeira de rodas pelo que foi realizado ensino relativo às transferências cama/cadeira de rodas e cadeira de rodas/cama. Foi ainda realizado ensino acerca da utilização da cadeira de rodas em segurança. E sobre alguns princípios ergonómicos que deverão respeitar durante a realização das transferências para se protegerem de eventuais lesões.</p> <p>A cama da utente é bastante alta, foi providenciada uma compensação de altura que permite à doente estar sentada na cama com os pés apoiados e realizar levante faseadamente para cadeira de rodas.</p> <p>Realizado ensino e treino regular de atividades terapêuticas na cama com a utente. Esta colabora dentro das suas possibilidades mas tem muitas dificuldades pelo facto de ter alterações da atenção e das capacidades práxicas e pelo facto</p> |

|  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
|  |  |  | <p>Ensinar e treinar a utente a manter uma base de apoio ampla nas posições de sentado e em pé;</p> <p>Ensinar e treinar a marcha com dispositivos de apoio adequado à necessidade da utente;</p> <p>Utilizar dispositivos antiderrapantes sempre que necessário;</p> <p>Utilizar dispositivos de apoio sempre que se justifique;</p> <p>Organizar o espaço mantendo as passagens desobstruídas e iluminadas.</p> | <p>de ser obesa.</p> <p>Realizado treino de equilíbrio estático com a utente sentada na beira da cama com as pernas pendentes e os pés apoiados. A utente não apresenta equilíbrio sentada mas já consegue apoiar os membros superiores e sustentar parte do seu peso, mantem necessidade de apoio de terceira pessoa.</p> <p>Não foi realizado ainda treino de sentar-se e levantar-se, treino de equilíbrio em pé e marcha por a utente não apresentar condições para tal.</p> |
|--|--|--|---|--|

| Data  | Diagnóstico de Enfermagem  | Objetivos                                | Intervenções de Enfermagem  | Avaliação  |
|-------|--|--|---|--|
| 14/01 | Alteração da AVD comunicação relacionada com as limitações decorrentes do AVC e manifestada por afasia de Broca. | Melhorar a comunicação verbal da utente. | <p>Informar a utente e família acerca dos objetivos e da intervenção a realizar e solicitar a sua colaboração sempre que possível;</p> <p>Validar com a utente se compreende o que lhe é explicado;</p> <p>Manter um ambiente calmo, que facilite a concentração, diminuindo a estimulação externa;</p> <p>Estimular a utente a conversar, falando pausadamente e utilizando frases curtas;</p> <p>Proceder à correção na articulação das palavras sempre que necessário;</p> <p>Mostrar disponibilidade e interesse em escutar, dando oportunidade à utente, para expressar os seus sentimentos, desejos, dúvidas e receios;</p> <p>Valorizar os progressos alcançados e as tentativas realizadas através do reforço positivo;</p> | <p>14/01 – Utente com alteração da comunicação verbal. Explicada à utente e família os objetivos da intervenção. Tanto a utente como a família não valorizam as alterações do discurso evidenciadas, embora se apercebam delas.</p> <p>16/01 – Sugere-se à família que providencie um ambiente calmo e parco em estimulação externa que promova a concentração da utente. Realizado ensino à utente e família acerca da utilização de um discurso pausado com frases simples e curtas que sejam de fácil dicção e compreensão.</p> <p>A família tem alguma dificuldade em adaptar a comunicação verbal</p> |



|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>Evitar a fadiga, limitando a frequência e o tempo de estimulação da comunicação;</p> <p>Incentivar a utente e família à utilização de uma comunicação adequada: falar devagar; usar frases simples, curtas e claras; dar uma informação de cada vez; usar nomes e frases familiares; fazer uma pergunta de cada vez, chamando sempre o utente pelo nome pelo qual gosta de ser tratado;</p> | <p>às capacidades de compreensão da utente, provavelmente porque não o sentem como necessidade visto que o discurso da utente é perfeitamente inteligível.</p> <p>A utente tem uma família bastante alargada que culturalmente considera importante a visita dos familiares doentes. As visitas são constantes assim como a estimulação à comunicação.</p> <p>A estimulação externa é diminuída durante as sessões (sempre que possível), é dado tempo à utente para se exprimir.</p> <p>Estimulada a comunicação verbal de forma pausada, serena. A utente foi incentivada a pronunciar correta e pausadamente as palavras. Os seus progressos são valorizados.</p> <p>04/02 – A utente mantém dificuldades na comunicação.</p> |
|--|--|--|--|--|

| Data  | Diagnóstico de Enfermagem  | Objetivos                    | Intervenções de Enfermagem  | Avaliação  |
|-------|--|------------------------------|---|--|
| 14/01 | Alteração hemodinâmica relacionada com a lesão neurológica decorrente do AVC e manifestada por hipertensão arterial. | Controlar a tensão arterial. | <p>Avaliar a tensão arterial na visita domiciliária;</p> <p>Avaliar e estimular a adesão à terapêutica anti hipertensora instituída;</p> <p>Identificar os hábitos alimentares e de ingestão hídrica da utente;</p> <p>Identificar as necessidades de formação/informação da utente e família;</p> <p>Ensinar a utente e família sobre:</p> | 14/01 – TA=173/96mmHg, FC= 70 ppm. Realizado ensino à família relativamente à terapêutica anti hipertensora. Contatada médica de família da utente que deu indicação para aumentar a dosagem do anti hipertensor e programou visita domiciliária para avaliação da utente. Realizado ensino relativo à importância do controlo da tensão arterial. |

|  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|---|
|  |  |  | <p>Parâmetros tensionais considerados normais;</p> <p>Importância da estabilização dos valores tensionais;</p> <p>Riscos associados à HTA;</p> <p>Dieta adequada (hipossalina);</p> <p>Monitorização e registo diário da tensão arterial;</p> <p>Utilização do aparelho de avaliação da tensão arterial.</p> <p>Sensibilizar a utente e família para a importância da adesão ao regime terapêutico instituído;</p> <p>Comunicar à médica assistente da utente os valores tensionais avaliados bem como a monitorização efectuada pela família.</p> | <p>16/01 – TA=194/94mmHg, FC= 72ppm. Avaliados os conhecimentos da cuidadora relativamente à avaliação da tensão arterial. A cuidadora foi instruída para realizar uma monitorização e registo diário da tensão arterial da utente. Contatada a médica de família da utente que deu indicação para novo reajuste da dosagem do anti hipertensor.</p> <p>18/01 – TA=190/109mmHg, FC= 73ppm. A utente tem cumprido a terapêutica anti hipertensora, contatada médica de família que deu indicação para novo aumento da terapêutica anti hipertensora. Realizada visita domiciliária conjunta com a nutricionista que avaliou a utente e reforçou os ensinamentos relativos às necessidades dietéticas da utente.</p> <p>Utente observada em consulta médica no domicílio no dia 19/01/2013, reajustada terapêutica anti hipertensora.</p> <p>25/01 – TA=170/89mmHg, FC= 75ppm. Utente mantém-se hipertensa, contatada médica de família e realizado novo reajuste terapêutico.</p> <p>28/01 – TA=149/91mmHg, FC= 62 ppm.</p> <p>30/01 – TA=170/80mmHg, FC= 60 ppm. A utente vai iniciar terapêutica antiespasmódica, espera-se algum efeito hipotensor pelo que se pede</p> |
|--|--|--|--|---|

|  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|---|
|  |  |  |  | <p>à cuidadora a vigilância da tensão arterial. Aguarda-se efeito da terapêutica.</p> <p>04/02 – TA=146/74mmHg, FC= 64 ppm. Tensão arterial controlada. Solicita-se à cuidadora que mantenha a vigilância, a terapêutica e a dieta instituídas. A família é muito colaborante e recetiva aos ensinamentos realizados.</p> |
|--|--|--|--|---|

## **APÊNDICE VI**

### **Guião de Entrevista**

## GUIÃO DE ENTREVISTA

| Perguntas   | Respostas |
|---|-----------|
| 1. Capacidade do serviço (nº de camas)  |           |
| 2. Qual o número de enfermeiros?  |           |
| 3. Qual o número de enfermeiros especialistas em reabilitação?  |           |
| 4. Quais as funções do enfermeiro especialista em reabilitação?   |           |
| 5. Qual o rácio enfermeiro/doente?  |           |
| 6. Qual o horário praticado pelos enfermeiros especialistas?  |           |
| 7. Qual a faixa etária média dos doentes?   |           |
| 8. Quais as patologias/diagnósticos médicos mais frequentes?  |           |
| 9. Como é constituída a equipa multidisciplinar?  |           |
| 10. Por quem é feita a avaliação inicial/ planeamento da intervenção? Quem a define? (tipo de intervenção)            |           |
| 11. Como é feita a gestão/articulação dos cuidados especializados com os restantes elementos da equipa de enfermagem? |           |
| 12. Como é feita a gestão/articulação dos cuidados de enfermagem e de outros profissionais (ex: fisioterapeutas)?     |           |
| 13. Qual a área de influência do CER?   |           |
| 14. Qual é o circuito do doente?  |           |
| 15. Que tipo de articulação/continuidade é estabelecida entre o CER e a comunidade?                                   |           |

## **APÊNDICE VII**

### **Apresentação do Projeto de Formação**

3º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular de Opção II  
Projeto de Formação

## **Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa com Alterações da Mobilidade Decorrentes de AVC**

**Autor:**

Cinira Passos, nº4146

**Docente Orientador:**

Professora Maria Adelaide Pedreira Reina

Lisboa 06-04-2014

1

## **Plano da Sessão**

- **Título:** Prevenção de quedas na pessoa idosa com alterações da mobilidade decorrentes de AVC.
- **Objetivo:** Dar a conhecer o Projecto de Formação.
- **Formador:** Cinira Passos
- **Duração:** 10 min.

06-04-2014

2

## Sumário

- Tema, Finalidade e Objetivos
- Justificação do Tema
- Enquadramento Teórico
- Transição saúde/doença
- O Enfermeiro Especialista em Reabilitação
- Competências, Objetivos e Atividades
- Estágio

06-04-2014

3

## Projeto de Formação

06-04-2014

4



## Projeto de Formação

- **Tema:** Prevenção de quedas na pessoa idosa com alterações da mobilidade decorrentes de AVC.
- **Finalidade:** Prevenir a incapacidade relacionada com as quedas na pessoa com alterações da mobilidade decorrentes de AVC.

06-04-2014

5

## Projeto de Formação

### Objetivos:

- Promover a autonomia da pessoa idosa com alterações da mobilidade decorrentes de AVC;
- Desenvolver competências na área da enfermagem de reabilitação à pessoa com AVC.

06-04-2014

6

## Justificação do Tema

- Envelhecimento populacional;
  - Europa: a proporção de pessoas com 65 ou mais anos vai aumentar de 14% em 2010 para 25% em 2050;
  - Portugal: a população idosa representava 18,2% da população, em 2010;
- Acidente Vascular Cerebral;
  - Importante causa de mortalidade e incapacidade;
- Aumento da prevalência de incapacidades;

Risco de  
Quedas

06-04-2014

7

## Justificação do Tema

- Internamentos de curta duração, com regresso a casa precoce;
- Descontinuidade de cuidados de enfermagem de reabilitação;
- Práticas de cuidados desadequadas;
- Políticas de saúde insuficientes;
- Alteração da estrutura familiar.

Risco de  
Quedas

06-04-2014

8

## Enquadramento Teórico

- As quedas são definidas, comumente, como “vir a inadvertidamente ficar no solo ou em outro nível inferior, excluindo mudanças de posição intencionais para se apoiar em móveis, paredes ou outros objectos”.

OMS (2007)

- O risco de quedas aumenta significativamente com a idade. Cerca de 30% das pessoas com mais de 65 anos e 50% das pessoas com mais de 80 caem todos os anos.

OMS (2012)

06-04-2014

9

## Enquadramento Teórico

- São importantes fatores de risco para quedas: as alterações da marcha e do equilíbrio, fraqueza muscular, a história anterior de quedas, a medicação múltipla e os perigos ambientais.

OMS (2012); Primo et al (2012); Weerdesteyn et al (2008)

- Os sobreviventes de um AVC têm um risco acrescido de queda em todas as fases pós AVC. As quedas são a complicação médica número um após um AVC.

Simpson, Miller e Eng (2011); Weerdesteyn et al (2008)

06-04-2014

10

## Enquadramento Teórico

- As lesões decorrentes das quedas são uma importante causa de internamento, incapacidade e morte. Implicam elevados custos sociais e económicos.
- Quando um indivíduo sofre uma queda e se torna dependente, além dele, individualmente, perder qualidade de vida a família sofre com as consequências subsequentes.

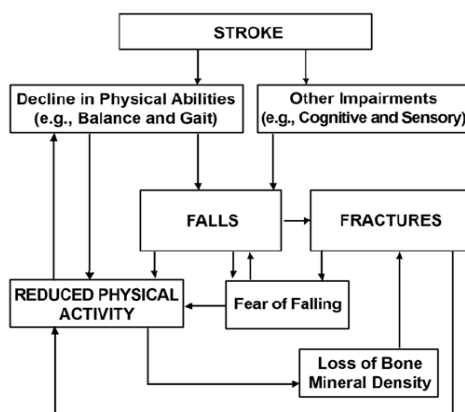
Oliveira et al (2011)

- As doenças crónicas e degenerativas, a incapacidade e uma saúde precária, **não são** uma consequência inevitável do envelhecimento.

06-04-2014

11

## Enquadramento Teórico



Weerdesteyn et al (2008)

Interação entre os fatores de risco, as quedas e as consequências das quedas em pessoas com AVC.

06-04-2014

12

## Enquadramento Teórico

- O **Envelhecimento Activo** é o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança para melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas.



OMS (2002)

- Promoção da saúde: **Previlgiar a prevenção**
- A prevenção de quedas é considerada pela OMS uma política prioritária para a promoção do envelhecimento activo.

06-04-2014

13

## Enquadramento Teórico

- **Intervenção:**
  - Identificação dos fatores de risco/ causa;
  - Avaliação do risco (escalas);
  - Modificação de comportamentos e fatores ambientais;
  - Programas de exercício;
  - Treino de atividades específicas.

Oliveira et al (2011); OMS (2007)

06-04-2014

14

## Transição saúde/doença

A **Transição** é definida como “ (...) a passagem ou movimento de um estado, condição ou de um lugar para outro (...).”

Schumacher e Meleis (1994)

À disciplina de **Enfermagem** cabe o papel único de facilitar os processos de transição promovendo o bem estar e prevenindo os processos de transição insalubres.

Meleis e Trangenstein (2010)

06-04-2014

15

## Transição saúde/doença (cont.)

O **cuidar** constitui o processo de facilitar as transições bem sucedidas.

Meleis (2010)

O **enfermeiro** tem o desafio importante de entender o próprio processo de transição e implementar intervenções que prestem ajuda efetiva às pessoas com vista a proporcionar-lhes estabilidade e bem-estar.

Petronilho (2007)

06-04-2014

16

## O Enfermeiro Especialista em Reabilitação

- Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010, p.2), “especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem (...).”
- O enfermeiro perito é aquele que “ (...) tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis. (...) age a partir de uma compreensão profunda da situação global.”

Benner (2001, p.58)

06-04-2014

17

## Competências, Objetivos e Atividades

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação:

- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Ordem dos Enfermeiros (2010, p.2)

**ACÇÃO**



**REFLEXÃO**

06-04-2014

18

## Competências, Objetivos e Atividades

| Objetivos  | Estratégias/ Atividades   | Crítérios de Avaliação   |
|--|---|--|
| Compreender a dinâmica funcional dos serviços, a metodologia de trabalho da equipa de enfermagem assim como a prática da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação nos diferentes contextos, com especial enfoque na prestação de cuidados à pessoa com alterações da mobilidade decorrentes de AVC. | <p>Observação da dinâmica dos diferentes serviços e da intervenção e articulação dos diversos profissionais;</p> <p>Contactos informais com o enfermeiro chefe e com outros elementos da equipa nomeadamente com o enfermeiro especialista orientador;</p> <p>Consulta de manuais, guias e protocolos instituídos nos diferentes serviços;</p> <p>Conhecimento das normas e diretivas internas relacionadas com a prestação de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação;</p> <p>Utilização dos registos de enfermagem de reabilitação preconizados pela instituição e específicos de cada unidade de cuidados;</p> <p>Conhecimento da área de abrangência do serviço, das características da população e dos recursos da comunidade.</p> | <p>Demonstra iniciativa para identificar elementos indispensáveis à sua prática em termos de dinâmica do serviço;</p> <p>Demonstra bom relacionamento com a equipa no sentido da cooperação com os elementos e especificamente com a enfermeira orientadora;</p> <p>Promove a pesquisa dos instrumentos de avaliação usados no serviço a fim de conseguir desenvolver as melhores práticas;</p> <p>Demonstra interesse em progredir no desenvolvimento da prática especializada.</p> |

06-04-2014

19

## Competências, Objetivos e Atividades

| Objetivo   | Estratégias/ Atividades   | Crítérios de Avaliação |
|--|---|------------------------|
| Desenvolver capacidades no estabelecimento da relação terapêutica.   | <p>Desenvolvimento de estratégias de autoconhecimento e autocontrolo em situação de relação terapêutica;</p> <p>Reconhecimento dos recursos e limites pessoais;</p> <p>Desenvolvimento da prática reflexiva como forma de consolidar as aprendizagens;</p>  |                        |
| Desenvolver conhecimentos que permitam a fundamentação das intervenções e tomadas de decisão no exercício dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. | <p>Identificação de necessidades formativas e oportunidades de aprendizagem;</p> <p>Pesquisa bibliográfica;</p> <p>Utilização da evidência científica, produzida pela investigação, para sustentar a prática clínica na área da enfermagem de reabilitação;</p> <p>Rentabilização, em contexto de trabalho, de oportunidades de aprendizagem e formação na área da especialidade.</p> |                        |

06-04-2014

20



## Competências, Objetivos e Atividades

| Objetivos  | Estratégias/ Atividades   | Crítérios de Avaliação  |
|--|---|---|
| Identificar as necessidades passíveis de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação. | <p>Observação direta da pessoa e do seu contexto (sempre que possível);</p> <p>Realização de acolhimento/entrevista para colheita de dados/história;</p> <p>Realização de exame físico e neurológico;</p> <p>Aplicação de escalas e outros instrumentos pertinentes para a avaliação da funcionalidade;</p> <p>Consulta do processo clínico;</p> <p>Envolvimento da família/cuidador/comunidade sempre que se justifique;</p> <p>Identificação de alterações que determinam limitações da atividade, participação ou incapacidade;</p> <p>Identificação dos factores facilitadores e inibidores do processo de reabilitação;</p> <p>Avaliação dos aspectos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição.</p> | <p>Recolhe informação pertinente;</p> <p>Utiliza escalas e instrumentos de medida para avaliar a funcionalidade da pessoa;</p> <p>Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade, participação ou incapacidades;</p> <p>Identifica os factores facilitadores e inibidores do processo de reabilitação;</p> <p>Avalia os aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição.</p> |

06-04-2014

21

## Competências, Objetivos e Atividades

| Objetivos   | Estratégias/ Atividades   | Crítérios de Avaliação  |
|---|---|---|
| Planear e implementar intervenções de enfermagem de reabilitação integradas no plano global de cuidados a partir de diagnósticos de enfermagem. | <p>Elaboração de diagnósticos de enfermagem;</p> <p>Definição de objetivos realistas e estabelecimento de prioridades;</p> <p>Planeamento de intervenções direcionadas que considerem o contexto e os recursos disponíveis;</p> <p>Elaboração e implementação de programas de treino específicos (ex: treino de AVD);</p> <p>Promoção da autonomia (tomada de decisão) e maximização do potencial funcional;</p> <p>Realização de ensinios à pessoa/família acerca de técnicas específicas que respondam às necessidades identificadas (ex: utilização de produtos de apoio);</p> <p>Validação de todo o planeamento realizado com a pessoa/família;</p> <p>Valorização dos progressos através do reforço positivo.</p> | <p>Elabora diagnósticos de enfermagem adequados e define objetivos realistas;</p> <p>Concebe planos de intervenção com o propósito de promover as capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença ou incapacidade;</p> <p>Implementa planos de intervenção com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções alteradas;</p> <p>Ensina à pessoa/família técnicas específicas que lhe permitem adquirir autonomia e funcionalidade.</p> |

06-04-2014

22

## Competências, Objetivos e Atividades

| Objetivos  | Estratégias/ Atividades  | Crítérios de Avaliação  |
|--|--|---|
| Promover a continuidade dos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação. | Planeamento da alta;<br>Promoção da continuidade de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação.   | Planeia a alta atempadamente de modo a antecipar algumas dificuldades que possam surgir;<br>Promove a continuidade dos cuidados através da articulação com os recursos da comunidade.   |
| Avaliar e analisar o resultado das intervenções implementadas.                     | Monitorização da implementação e dos resultados dos programas de intervenção;<br>Análise dos resultados;<br>Reformulação do plano de intervenção de acordo com a avaliação e análise efectuadas. | Monitoriza a implementação e os resultados dos programas de intervenção;<br>Usa indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem;<br>Analisa criticamente os resultados obtidos em função dos objetivos delineados;<br>Reformula o plano de intervenção sempre que se justifique. |

06-04-2014

23

## Estágio

- **Centro Especializado em Reabilitação;**
- **Equipa de Cuidados Continuados Integrados**
- **Departamento de Reabilitação de um Hospital Central.**

06-04-2014

24

## Estágio

### CRONOGRAMA

| Meses     | Dias |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|-----------|------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| Outubro   | 1    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |    |    |    |    |  |
| Novembro  |      |   |   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |    |    |  |
| Dezembro  |      |   |   |   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |  |
| Janeiro   |      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |    |    |    |  |
| Fevereiro |      |   |   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |    |    |    |    |  |

#### Legenda:

- Departamento de Reabilitação de um Hospital Central
- Centro Especializado em Reabilitação
- Equipa de Cuidados Continuados Integrados
- Férias, Feriados e Fins de semana
- Elaboração do relatório de estágio

06-04-2014

25

## Estágio

### Local: Centro Especializado em Reabilitação

#### Justificação da escolha:

- Conhecer a dinâmica de um hospital especializado em reabilitação;
- Desenvolver competências específicas do EEER na área da reabilitação sensoriomotora e especificamente à pessoa com sequelas de AVC;
- Desenvolver competências na prevenção de quedas na pessoa com alterações da mobilidade decorrentes de AVC;
- Compreender quais os mecanismos de articulação utilizados para promover a continuidade de cuidados após a alta.

06-04-2014

26

## Estágio (cont.)

### **Local: Equipa de Cuidados Continuados Integrados**

#### **Justificação da escolha:**

- Conhecer a realidade de uma unidade de cuidados continuados na prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação;
- Conhecer a realidade da pessoa no seu próprio contexto;
- Desenvolver competências específicas do EEER na área da reabilitação sensoriomotora e especificamente à pessoa com sequelas de AVC, na comunidade;
- Desenvolver competências na prevenção de quedas na pessoa com alterações da mobilidade decorrentes de AVC na comunidade.

06-04-2014

27

## Estágio (cont.)

### **Local: Departamento de Reabilitação de um Hospital Central**

#### **Justificação da escolha:**

- Conhecer a realidade da reabilitação respiratória ao nível hospitalar e em vários contextos de intervenção (ambulatório e internamento);
- Desenvolver as competências específicas do EEER na área da reabilitação respiratória;
- Conhecer a dinâmica de uma unidade de readaptação funcional respiratória;
- Compreender quais os mecanismos de articulação mobilizados de modo a promover a continuidade de cuidados após a alta.

06-04-2014

28

## Bibliografia

- BENNER, Patricia (2001). **De Iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto. ISBN 972-8535-97-X.
- MELEIS, A. (2010). **Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice**. Springer Publishing Company. ISBN: 978-0-8261-0535-6.
- MELEIS, A. [et al] (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. **Advances In Nursing Science**, 23(1), 12-28.
- OLIVEIRA, Ana Raika [et al] (2011). Condutas para a prevenção de quedas de pacientes com Acidente Vascular Encefálico. **Rev. enferm.** Rio de Janeiro. Vol.19, Nº1 (Janeiro/Março 2011). Pág. 107-113.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- BATCHELOR, Frances [et al] (2010). What Works In Falls Prevention After Stroke?: A Systematic Review And Meta-Analysis. **Stroke**. USA. Vol.41 (Agosto 2010). Pág. 1715-1722.
- PRIMO, Camilo [et al] (2012). Equilíbrio e funcionalidade em indivíduos acometidos por acidente vascular encefálico: revisão de literatura. **EFDeportes.com Revista Digital**. Buenos Aires. Nº166 (Março, 2012).
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2007). **WHO global report on falls prevention in older age**.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2012). **Policies and priority interventions for healthy ageing**.

06-04-2014

29

## Obrigado!

### Fim



06-04-2014

30

## **APÊNDICE VIII**

### **Formação realizada na ECCI**

# Fraturas da extremidade proximal do fémur

## Intervenções de Enfermagem no Domicílio

Elaborado por: A. E. E. R. Cinira Passos

Orientadora: Enf.<sup>a</sup> Maria da Luz Rodrigues

06-04-2014

1

## Ficha da Sessão

- **Tema:** Fraturas da extremidade proximal do fémur – intervenções de enfermagem no domicílio
- **Data:** 21 de Fevereiro 2013
- **Hora:** 14h 30m
- **Duração:** 45 minutos
- **Formadora:** A.E.R. Cinira Passos

06-04-2014

2

## Objectivos

- Esclarecer alguns conceitos relativos às fraturas da extremidade proximal do fémur;
- Analisar as intervenções de enfermagem ao utente após cirurgia por fratura da extremidade proximal do fémur, no domicílio.

06-04-2014

3

## Sumário

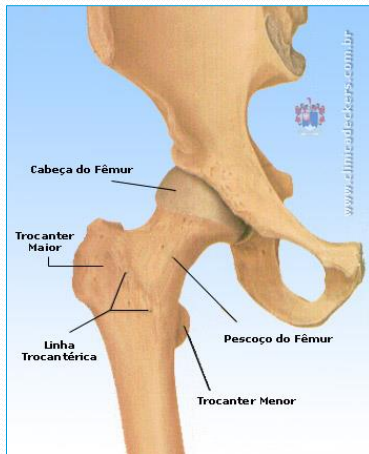
- Anatomia da extremidade proximal do fémur;
- Fraturas da extremidade proximal do fémur;
- Tratamento conservador;
- Tratamento cirúrgico;
- Intervenções de Enfermagem.

06-04-2014

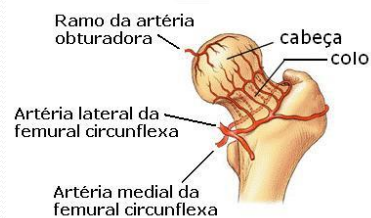
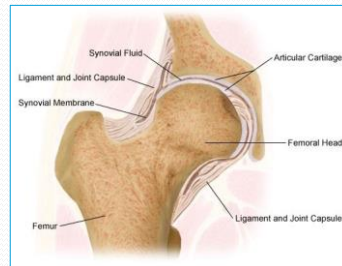
4



## Anatomia da extremidade proximal do fêmur



06-04-2014



5

## Fraturas da extremidade proximal do fêmur

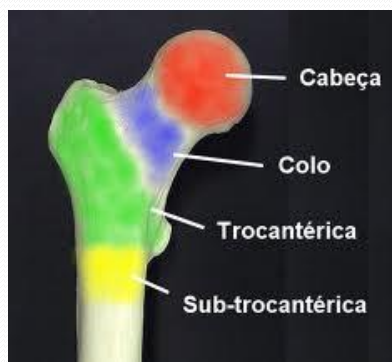
- São resultado de impactos de baixa energia (quedas);
- Têm máxima incidência na população idosa;
- Apresentam repercussões importantes ao nível da morbidade e mortalidade nesta faixa etária;
- Implicam elevados custos económicos e sociais;

06-04-2014

6

## Fraturas da extremidade proximal do fémur

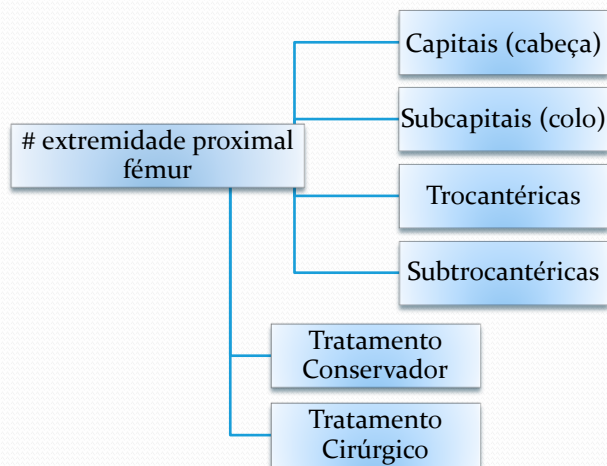
- Podem ocorrer em quatro zonas anatómicas distintas:



06-04-2014

7

## Fraturas da extremidade proximal do fémur



06-04-2014

8

## Tratamento Conservador

- Opção não cirúrgica;
- Implica semanas de imobilização no leito;
- Está associado a diversas complicações;
- Apenas eleito em utentes:
  - Acamados ou com limitação física grave;
  - Sem queixas significativas;
  - Com fraturas encravadas ou incompletas;
  - Com elevado risco anestésico ou cirúrgico.

06-04-2014

9

## Tratamento Cirúrgico

- É o tratamento de eleição das fraturas da extremidade proximal do fémur;
- Os objetivos são:
  - Recuperar a função;
  - Minimizar a incapacidade;
  - Minimizar o período de imobilidade;
  - Retomar as AVD.

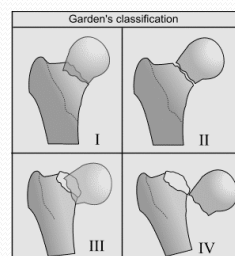
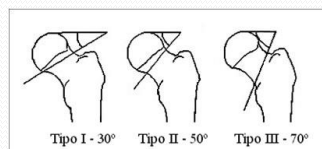
06-04-2014

10

## Tratamento Cirúrgico

- Opção cirúrgica (critérios):

- Classificação da fratura;
- Risco de necrose avascular da cabeça do fémur;
- Mobilidade/marcha anterior à fratura;
- Idade do utente;
- Estado mental do utente.



06-04-2014

11

## Tratamento cirúrgico



**Parafusos Canulados**

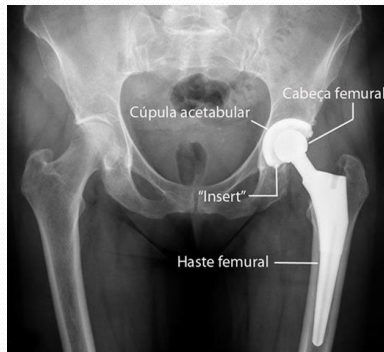


**Hemiartróplastia ou  
Artroplastia Cefálica**

06-04-2014

12

## Tratamento cirúrgico



**Artroplastia Total da Anca ou  
Prótese Total da Anca**

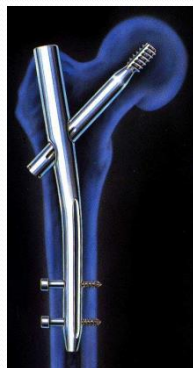
06-04-2014



**Artroplastia de Girdlestone**

13

## Tratamento cirúrgico



**PFN (Proximal Femoral Nail)  
ou PTN (Peritrochanteric Nail)**

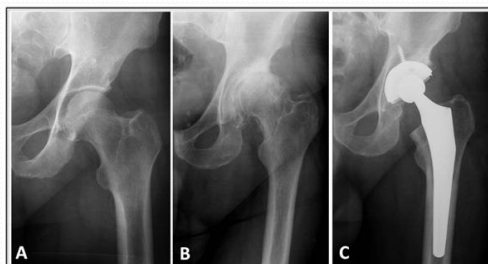
06-04-2014



**DHS (Dynamic hip screw)**

14

## Tratamento cirúrgico



06-04-2014

15

## Intervenções de Enfermagem

- Objetivos:
  - Prevenir complicações
    - Infecção;
    - Trombo-embolismo periférico;
    - Embolia pulmonar;
    - Luxação da prótese ou falência do material;
  - Recuperar a funcionalidade;
  - Minimizar o período de imobilidade;
  - Recuperar a força;
  - Retomar as AVD.



06-04-2014

16

## Intervenções de Enfermagem

- Vigiar sutura operatória;
- Despistar sinais inflamatórios;
- Monitorizar adesão ao regime terapêutico;
- Administrar terapêutica anticoagulante (HBPM, dabigatrano);
- Aplicar gelo no local cirúrgico;
- Prevenir a imobilidade;
- Prevenir úlceras de pressão;
- **Prevenir quedas.**

06-04-2014

17

## Intervenções de Enfermagem

- Exercícios para fazer deitado:

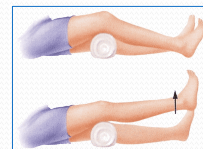
- Flexão/extensão da tibiotársica;



- Rotação do tornozelo;



- Flexão/extensão do joelho;



06-04-2014

18

## Intervenções de Enfermagem

- Contração dos quadricípites;
- Contração dos glúteos;
- Abdução da anca;
- Flexão da anca com o joelho em extensão.



06-04-2014

19

## Intervenções de Enfermagem

- Exercícios para fazer sentado;
  - Flexão/extensão do joelho
- Exercícios para fazer em pé
  - Flexão/extensão do joelho;
  - Abdução da anca;
  - Extensão da anca.



06-04-2014

20



## Intervenções de Enfermagem

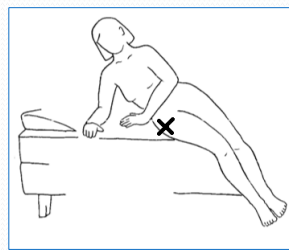
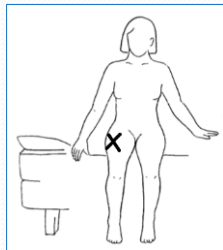
- Para levantar da cama:
  - Chegue o corpo para a beira da cama, do lado operado;
  - Sente-se na cama, apoiando os braços e ao mesmo tempo rode a bacia e as pernas para fora da cama;
  - Desça lentamente até colocar os pés no chão.



06-04-2014

21

## Intervenções de Enfermagem



- Para deitar na cama:
  - Encoste as nádegas à beira da cama e sente-se;
  - Com a ajuda dos braços, chegue-se para dentro da cama;
  - Rode a bacia e as pernas para o meio da cama.

06-04-2014

22

## Intervenções de Enfermagem

- Para sentar na cadeira:
  - Vire-se de costas bem junto à cadeira;
  - Apoie as mãos na cadeira;
  - Estique a perna operada para a frente;
  - Faça força com a perna não operada;
  - Sente-se lentamente.

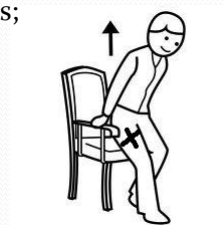


06-04-2014

23

## Intervenções de Enfermagem

- Para levantar da cadeira:
  - Chegue o corpo para a beira da cadeira;
  - Afaste a perna operada de modo a esticar o joelho;
  - Apoie as mãos na cadeira;
  - Faça força na perna não operada e nos braços;
  - Dê um impulso para cima e levante-se.

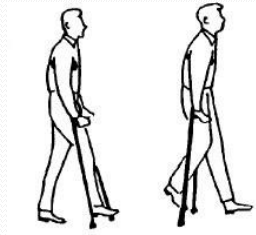


06-04-2014

24

## Intervenções de Enfermagem

- Treino de Marcha com canadianas:
  - Primeiro avançam as canadianas, uma a uma;
  - Depois a perna operada;
  - Por fim a perna não operada.
- Treino de marcha:
  - Com apoio/carga;
  - Com apoio/carga parcial;
  - Sem apoio/carga.
- As canadianas devem ser ajustadas à altura do utente.

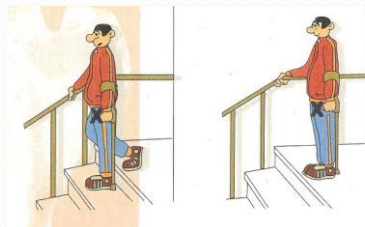
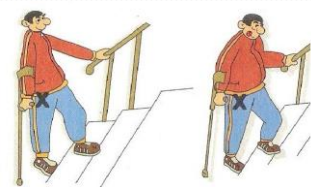


06-04-2014

25

## Intervenções de Enfermagem

- Subir escadas:
  - Primeiro a perna não operada;
  - Depois a perna operada;
  - Por fim a canadiana.
- Descer escadas:
  - Primeiro a canadiana;
  - Depois a perna operada;
  - Por fim a perna não operada.

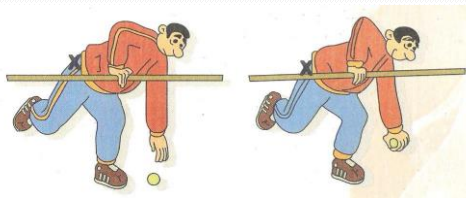


06-04-2014

26

## Intervenções de Enfermagem

- Apanhar objetos do chão:
  - Apoie a mão do lado operado a um apoio firme;
  - Transfira o seu peso para a perna não operada;
  - Dobre o corpo para a frente e faça extensão do membro operado;
  - Apanhe o objeto do chão com a mão livre.



06-04-2014

27

## Intervenções de Enfermagem

- Atividades de Vida Diária:
  - Adaptar a altura da cama;
  - Adaptar a sanita com alteador;
  - No banho, usar chuveiro ou colocar uma cadeira na banheira;
  - Dormir em decúbito dorsal com almofada abdutora;
  - Realizar decúbitos laterais com almofada abdutora;



06-04-2014

28

## Intervenções de Enfermagem

- Evitar dormir em decúbito lateral (sobre o membro operado);
- Não cruzar as pernas;
- Evitar sentar em cadeiras baixas e macias;
- Evitar apanhar objetos do chão com as pernas juntas;
- Não calçar meias e cortar as unhas sem ajuda;



06-04-2014

29

## Intervenções de Enfermagem

- Atividades a evitar:
  - Flexão da anca superior a 90°;
  - Flexão do tronco sobre as pernas;
  - Rotação do membro operado (interna);
  - Adução da anca além da linha média;
  - Rotação brusca do troco sobre a perna operada.

06-04-2014

30

# Intervenções de Enfermagem

- **Prevenção de quedas:**

- Avaliar o risco de queda (Escala de Morse);
- Avaliar a necessidade de ajuda nas AVD;
- Avaliar a capacidade de marcha;
- Adaptar os auxiliares de marcha;
- Adequar o calçado;
- Manter o espaço iluminado e livre de obstáculos;
- Ensinar a família sobre medidas de prevenção de quedas.

06-04-2014

31

# Bibliografia

- Centro Hospitalar de Torres Vedras . *Rapid Recovery – Programa de Próteses Totais*.
- CUNHA, E. L. (2008). *Enfermagem em Ortopedia*. Lisboa: Lidel.
- Direcção Geral da Saúde (2003). *Fracturas da Extremidade Proximal do Fémur no Idoso – Recomendações para Intervenção Terapêutica*. Lisboa.
- SERRA, L. A. (2001). *Critérios Fundamentais em Fracturas e Ortopedia*. (2ª edição). Lisboa: Lidel.
- SKINNER, H.B. (2005). *Ortopedia Diagnóstico e Tratamento*. (3ª edição). Rio de Janeiro: McGraw-Hill.

06-04-2014

32



# Obrigado!

## Fim...